NEUROLOGJA POLSKA

TOM IV. 1914. ZESZYT I

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY

NEUROPATOLOGJI, PSYCHJATRJI I PSYCHOLOGJI EKSPERYMENTALNEJ

CZCIONKAMI TŁOCZNI L. BILIŃSKIEGO I W. MAŚLANKIEWICZA, WARSZAWA, NOWOGRODZKA 17.

1914



Glycerophosphat granulatum „Motor"

„ „ c. ferro „Motor"

„ „ c. lecithino „Motor"

Kola granulata „Motor"

Nervomigren „Motor"

Sal bromatum effervescens „Motor"

WŁASNEGO WYROBU POLECA:

WARSZ. TOW. AKC. **„MOTOR"** WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 23.

NEUROLOGJA POLSKA

TOM IV. ZESZYT I. 1914.

Z pracowni Neuro-biologicznej (E. Flatau) Tow. Nauk. Warsz.

O DOŚWIADCZALNIE WYWOŁYWANYCH ROPNIACH RDZENIA, NEURONOFAGJI LEUKOCYTOWEJ I O ROZLANEM NACIECZENIU W ŚRODKOWYM UKŁADZIE NERWOWYM*).

podali

E. FLATAU i J. HANDELSMAN.

W pracy niniejszej pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na trzy sprawy histopatologiczne, które spostrzegaliśmy u psów z doświadczalnie wywoływanem zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych pneumokokkowem. Zapalenie to rozwijało się drogą wlewań do kanału kręgowego kultur pneumokokkowych [1]), przy posługiwaniu się metodą przekłucia lędźwiowego.

Przedewszystkiem więc zaznaczyć pragniemy, że niezbyt rzadko powstaje w przypadkach tych r o p i e ń r d z e n i a; mianowicie dokonaliśmy doświadczeń na 57 psach, którym zastrzyk-

*) Komunikat wygłoszony dnia 9 stycznia 1913 r. na posiedzeniu nauk matematycznych i przyrodniczych Towarzystwa Naukowego Warszawskiego.

[1]) Kultury pneumokokkowe otrzymaliśmy dzięki uprzejmości dr. S. M u t e r m i l c h a, któremu na tem miejscu dziękujemy za łaskawą pomoc.

nęliśmy kulturę pneumokokkową, z pomiędzy tych 57 psów w 31 przypadkach otrzymaliśmy zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, z których w 8-iu stwierdzono ropień rdzenia.

Cierpienie to mogliśmy dotąd stwierdzić wyłącznie w tych przypadkach, w których rozwinęło się jednocześnie obfite zapalenie opon. Zwykle u tego samego psa, u którego powstawał ropień rdzenia, można było również stwierdzić ropień komór mózgowych.

Ropnie rdzenia, które udało się poraz pierwszy otrzymać drogą eksperymentalną, wywołując tak zwaną drętwicę karku, przedstawiały się na naszych preparatach mikroskopowych w sposób następujący:



Fig. 1.

Odróżnić można trzy ich typy, a mianowicie 1) ropień powstaje w ten sposób, że tworzy się wybitne rozmiękczenie tkanki, przepojonej komórkami ropnemi w okolicy tylnych słupów (przedniośrodkowej ich części) lub jednocześnie z tem w okolicy istoty szarej, okalającej kanał centralny, są to więc ropnie rozmiękczeniowe (Fig. 1). Rozmiękczeniu temu ulega również tylna (lub tylna i przednia) część ścianki wyściółkowej kanału centralnego. Wytwarzają się w ten sposób wrota, przez ktore ropa wlewa się (przeważnie od tyłu) do tegoż kanału. Ten ostatni znakomicie się rozszerza, wypełnia całkowicie lub częściowo ropą, komórki wyściółkowe ulegają zmianom degeneracyjnym i poczęści zanikają. Cała ta okolica czyni częstokroć wrażenie postrzępionej. Powyżej lub poniżej takiego miejsca rozmiękczenie może zgoła zniknąć; widać wtedy na pewnej rozciągłości skupienie ropy w dobrze zamkniętym kanale centralnym. To ostatnie zjawisko możnaby nazwać ropniem rurkowatym kanału centralnego.

2) Do drugiego typu ropni rdzeniowych zaliczamy te ropnie, które się tworzą wyłącznie w kanale centralnym (Fig. 2). Ten ostatni jest wtedy znacznie rozszerzony, szczelnie wypełniony ropą, lecz odcina się ostro i wyraźnie od otaczającej go tkanki.

Widać w nim zamkniętą ze wszech stron ściankę wyściółkową.

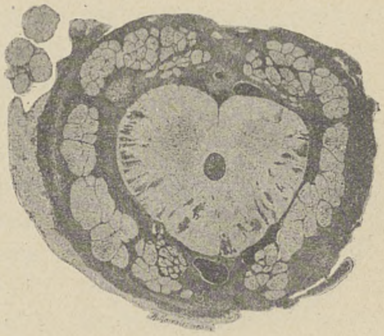


Fig. 2.

W bezpośredniej okolicy tych ropni kanału centralnego widać nacieczenie drobnokomórkowe (przeważnie leukocytowe) dookoła naczyń lub rozlane w tkance. W naczyniach widać zgrubienie ścianek lub w żyłach zakrzep.

Rozpatrując stosunek ropni kanału centralnego do otaczającego nacieczenia, łatwo się przekonać, że w niektórych miejscach ścianka wyściółkowa kanału ośrodkowego jest rozluźniona lub zgoła się przerywa i przez te wrota jeden lub kilka leukocytów drążą do wnętrza kanału. (Fig. 3). Widać pozatem, jak pojedyńcze leukocyty dochodzą do zamkniętej jeszcze ścianki wyściółkowej od zewnątrz, uciskają ją i tworzą w niej rodzaj gniazda, a nawet wkraczają w przestrzeń pomiędzy jedną komórkę ependymarną a drugą. O ile komórki te nie rozejdą się lub nie ulegną zanikowi, leukocyt nie przechodzi per diapedesim do wnętrza kanału.

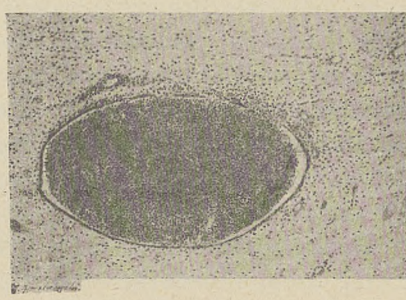


Fig. 3.

Stosunki te widać jednak na pewnej tylko rozciągłości rdzenia. Tuż poniżej lub powyżej tych miejsc napotykamy dalszy ciąg tych ropni kanału centralnego, lecz już bez nacieczenia zapalnego w okolicy kanału. Tutaj ścianka wyściółkowa nie wykazuje żadnych zmian i nie widać, rzecz jasna, leukocytów drążących z okolicy do kanału. I tutaj więc mamy do czynienia ze zjawiskiem „ropnia rurkowatego kanału centralnego”, tak jak to może mieć miejsce w ropniach I-go typu.

3) Do typu trzeciego zaliczyć można ropnie rdzenia, ogar-

niające en masse kanał centralny wraz z jego bezpośrednią okolicą i przedstawiające się w postaci jednej zbitej masy ropnej, w której zatraca się konfiguracja kanału centralnego. (Fig. 4.) Te „ropnie blokowe" są albo dość małe, zajmują okolicę kanału centralnego oraz istoty szarej bezpośrednio do niego przylegającej od przodu (od dna sulcus longitudinalis ant.) i od tyłu (commissura grisea, przednia część słupów tylnych). Ropień wykazuje wtedy postać okrągłą lub trójkątną, przyczem kąt ostry jest zwrócony do przodu (opiera się o dno przedniej brózdy podłużnej), zaś podstawa odpowiada przednim okolicom słupów tylnych. W innych przypadkach ropień bywa bardzo duży, przedstawia się w postaci nieregularnego wrzeciona, leżącego w linii strzałkowej rdzenia, zaczynając od dna przedniej brózdy i sięgając prawie do obwodu słupów tylnych (wzdłuż septum longitudinale posterius). Kanał centralny nie występuje już tutaj jako taki. Zatraca on swe kontury i zlewa się z okolicznem nacieczeniem ropnem. Poznać jednak można na podstawie resztek rozerwanej ścianki wyściółkowej, że kanał ten uległ znacznemu rozszerzeniu i był ściśle wypełniony ropą.

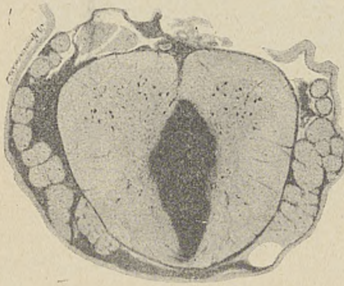


Fig. 4.

Dookoła ropni tego typu widać w istocie szarej i białej nacieczenie drobnokomórkowe niekiedy bardzo wybitne. I w tych przypadkach może powstać jako przedłużenie „ropnia blokowego" ropień rurkowaty kanału centralnego.

O wszystkich tych ropniach rdzeniowych daje się powiedzieć, że powstają one wyłącznie w tych przypadkach, w których można było stwierdzić wybitne nacieczenie opon. Nie napotykaliśmy więc ropnia rdzenia bez meningitis cerebro-spinalis, jak to się zdarzyć może, jakkolwiek niezmiernie rzadko, w patologii ludzkiej (Homén, Silfvast). Już więc w tym kierunku istnieje związek niewątpliwy między zapaleniem opon z jednej strony, a ropniem z drugiej. Zachodzi jednak pytanie, czy związek ten uważać należy za bezpośredni, czy też nie, to jest czy ropnie rdzenia powstają per continuitatem z opon czy też sposób ich powstawania jest odmienny. Na podstawie włas-

nych badań sądzimy, że ropnie te przeważnie nie powstają na skutek bezpośredniego przejścia nacieczenia ropnego z opon na tkankę rdzeniową. Tylko w niektórych ropniach typu I i III można niekiedy zauważyć łączenie się tkanki zropiałej lub rozmiękłej z oponami. Zwykle widać jednak przestrzeń wolną pomiędzy ropniem a oponą. Co zaś dotyczy ropni typu II-go, to wogóle nie może tu być mowy o łączeniu się per continuitatem. Na ogół więc powiedzieć można o wszystkich ropniach rdzenia w naszych doświadczeniach, że powstają one na skutek *gwałtownie rozwijającej się sprawy zapalnej w naczyniach*. W niektórych przypadkach powstaje zakrzep naczyń (żył) i nacieczenie bywa wtedy jeszcze znaczniejsze. Na skutek tego powstaje albo wybitne rozmiękczenie, przyczem ropa wlewa się do kanału (typ I ropni), albo też nacieczenie ropne w okolicy kanału centralnego przechodzi wyłącznie do kanału (typ II) lub zlewa się z nim (typ III). W jednym i tym samym rdzeniu mogą istnieć ropnie o charakterze przejściowym (I i III), prócz tego na rozmaitych wysokościach tego samego rdzenia stwierdzić można rozmaite typy ropni. Jest przytem rzeczą charakterystyczną, że ropnie rdzenia w naszych doświadczeniach leżały w linii *strzałkowej przekroju rdzenia* i że nacieczenia dotyczyły głównie naczyń biegnących w bróździe przedniej (*arteria spinalis anterior*, właściwie jej przedłużenie — *arteria sulci*) lub w przegrodzie tylnej (*art. sulci posterioris*). Zwykle ropnie tylko nieznacznie przekraczały nakreślone tylko co granice. Niekiedy jednak rozszerzały się one bardzo znacznie i zajmowały prawie cały przekrój rdzenia (w części krzyżowej).

Co do składu histologicznego ropni, to widać w nich przeważnie leukocyty wielojądrowe, prócz tego limfocyty i makrofagi. Tam, gdzie ropień powoduje rozmiękczenie tkanki, widać zwykłe obrazy tego rozmiękczenia. Naczynia wykazują ścianki zgrubiałe i nacieczone. Niekiedy widać zakrzep żył wraz z olbrzymiem nacieczeniem. Co do *bakterji* (pneumokokków w naszych doświadczeniach), to napotykaliśmy je nie we wszystkich przypadkach i zwykle w nieznacznej liczbie. Leżały one pojedyńczo lub grupkami pomiędzy ciałkami ropnemi lub we wnętrzu makrofagów.

Na jeden fakt pragnęlibyśmy zwrócić szczególną uwagę, a mianowicie, że jednocześnie z ropniem rdzenia spostrzegaliśmy

ropnie w komorach mózgowych i to często zarówno w komorach bocznych, jak i w komorze czwartej, trzeciej i w wodociągu Sylwiusza.

Drugie zjawisko, na które pragnęlibyśmy zwrócić uwagę w naszych doświadczeniach nad meningitis cerebrospinalis jest t. zw. neuronofagia, termin wprowadzony do nauki przez Marinesco. Zjawisko to zwróciło na siebie uwagę całego szeregu badaczy i ostatecznie utożsamiono je z żernością komórkową (fagocytozą). Neuronofagię znajdowano zarówno w cierpieniach infekcyjnych i zapalnych osrodkowego układu nerwowego (Popow), — w chorobach infekcyjnych mózgu — Forsner i Sjövall; Wickmann — w poliomyelitis; Kolesnikow, Germano i Capobianco, Babès i inni — we wściekliźnie; Bielschowsky — w chorobie Landry'ego, prócz tego w zatruciach, a więc w rumieniu lombardzkim—pellagra, w tężcu, w otruciu kiełbasianem (Marinesco).

Zachodzi jednak oddawna różnica poglądów co do istoty histologicznej komórek, biorących udział w neuronofagii. Jedni są zdania, że komórki te, które najlepiej jest nazwać, idąc za przykładem Ramony Cajal'a, satelitami, należą do glejowych, inni zaś sądzą wręcz przeciwnie, że mamy tutaj do czynienia z komórkami mezodermalnemi, a właściwie z krwiopochodnemi (leukocytami). Niektórzy badacze zajmują stanowisko pośrednie, sądzą albowiem, że neuronofagami mogą być zarówno komórki glejowe, jak i mezodermalne, a nawet śródbłonkowe.

Zaznaczyć należy dla ścisłości, że istnieją badacze, którzy wogóle nie uznają neuronofagii (Cerletti, Carrier, Esposito, Hansemann, Ribbert i in.)

Na podstawie własnych doświadczeń z wywoływaniem doświadczalnej drętwicy karku przekonaliśmy się, że istnienie „neuronofagii“ leukocytowej nie ulega najmniejszej wątpliwości. Jest ona w niektórych przypadkach, na które zaraz zwrócimy uwagę, tak wybitna, że nie może być tutaj mowy o złudzeniu optycznem. Spostrzegaliśmy ją wyłącznie w rdzeniu, w jego istocie szarej, natomiast stwierdziliśmy ją w wyjątkowych tylko przypadkach w mózgu lub móżdżku. Zjawisko to występowało najwybitniej w tych przypadkach, w których powstawał ropień rdzenia, przyczem leukocyty przechodziły w dużej liczbie do istoty szarej. Prócz tego neuronofagia ta była również wybitna

w tych przypadkach, w których były nacieczone przegrody opony miękkiej i zawarte w nich naczynia wkraczały do istoty szarej (do rogów przednich). Wreszcie zjawisko to występowało również wtedy, kiedy naczynia istoty szarej wykazywały wybitne nacieczenie drobnokomórkowe.

Kiedy weźmiemy dla przykładu doświadczenie VIII-e, w którem oprócz zapalenia opon rdzeniowych, powstał obszerny ropień blokowy, to w istocie szarej rzucają się wprost w oczy zmiany, zaszłe w komórkach nerwowych, zwłaszcza zaś w wielkich komórkach rogów przednich. Są one naogół blade (wybitna chromatoliza), z trudnością można rozpoznać ich wyrostki, jądro odcina się często niewyraźnie lub jest skurczone, jąderko jest zmniejszone, niekiedy znowu napęczniałe i barwi się nader intensywnie. Otóż w wielu komórkach widać wakuole, w których spoczywają neuronotagi. (Fig. 5). Te ostatnie należą do dwu rodzajów.

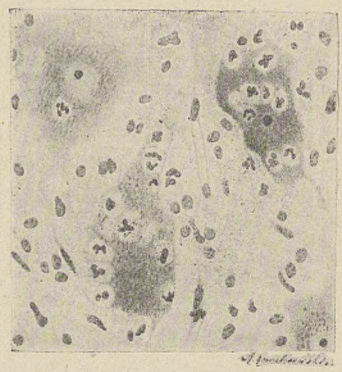


Fig. 5.

Po pierwsze znajdujemy tutaj komórki, a właściwie (na skrawkach barwionych metodą Nissl'a) jądra w postaci rogalików lub 2 — 3 — 4 paciorków, połączonych ze sobą cieniutkiemi niteczkami lub tasiemkami. Niekiedy figura tych jąder bywa jeszcze bardziej dziwaczna. Jądra te są jasne, widać w nich ziarenka chromatyny, są one otoczone cieniutką ciemną obwódką. Jak to już zaznaczono, spoczywają one w wakuolach, przyczem w jednej jamce leży przeważnie jedno jądro, czasem zaś dwa. Jądra te leżą albo na obwodzie komórki, żłobiąc sobie gniazdko, lub też w jej wnętrzu i docierając aż do jądra komórki nerwowej. Co do pochodzenia tej grupy neuronofagów, to z początku wahaliśmy się, ażali nie stanowią one odmiany komórek glejowych i to tembardziej, że budowa ich wewnętrzna przypominała budowę tych ostatnich. Bliższe jednak dochodzenie wykazało, że są to niewątpliwie leukocyty. Są one zupełnie podobne do komórek, tworzących bądź to ropień, bądź

też nacieczenie opon miękkich. Prócz tego napotyka się ich pierwowzory w przestrzeniach chłonnych (Virchow'a-Robin'a) naczyń i, co jest rzeczą jeszcze ważniejszą, leżą one tu i owdzie zupełnie swobodnie w tkance istoty szarej, rozproszone wśród komórek glejowych. Komórki podobne zupełnie do tych neuronofagów, widać niekiedy w ścianach naczyń, a nawet z rzadka podczas ich przenikania poprzez ściankę naczyń (diapedesis).

Drugą znacznie mniejszą grupę neuronofagów stanowiły w przypadku tym komórki glejowe. Trzymały się one przeważnie ścianek komórki nerwowej, lecz przenikały również do jej wnętrza. Często zmieniały one przytem swą postać, wydłużały się, wykazywały nieregularne kontury. Niekiedy widać było komórki pałeczkowate, glejopochodne, układające się wzdłuż jednej ze ścianek komórki nerwowej.

Co do stosunku pomiędzy tymi dwoma rodzajami neuronofagów, to w niektórych komórkach nerwowych spostrzegano zarówno neuronofagi leukocytowe, jak i glejowe. W innych znowu napotykano tuż przy komórce nerwowej komórki trzeciego rodzaju, a mianowicie polyblasty. Trudno jednak było orzec z całą pewnością, czy odgrywały one rolę neuronofagów.

Neuronofagi przenikają do komórek nerwowych pojedyńczo, lub też liczba ich może być większa aż do wypełnienia całkowitego komórek. Te ostatnie czynią wtedy wrażenie olbrzymiego sita lub gąbki, w której oczkach spoczywają neuronofagi. Przegrody tych komórek nerwowych mogą się stać ostatecznie tak cienkie, że z trudnością tylko udaje się wykryć resztki dawnej budowy komórki nerwowej. Na jej miejscu powstał konglomerat neuronofagów.

Obrazy anologiczne, jakkolwiek o rozmaitem natężeniu, spotykaliśmy w innych doświadczeniach, o których wyżej była mowa. W niektórych przypadkach widać było, jak nacieczone przegrody opony miękkiej, biegły od obwodu rdzenia do przednio-bocznej okolicy rogu przedniego i jak tutaj ciałka ropne jakby otaczały komórki nerwowe i drążyły w nie, w postaci neuronofagów, które wypełniały niekiedy całkowicie komórkę nerwową. Na podstawie tych faktów doszliśmy do przekonania, że neuronofagia, specjalnie leukocytowa, którą wykazaliśmy doświadczalnie w pneumokokkowem

zapaleniu opon, jest zjawiskiem czynnem, zmierzającem do niszczenia komórek nerwowych.

Jakkolwiek nie stwierdziliśmy dotąd w neuronofagach wchłaniania produktów rozpadowych komórek nerwowych, to jednak sam stosunek neuronofagów, zwłaszcza zaś ich przedstawicieli leukocytowych do komórek nerwowych, wykazuje niewątpliwie charakter działania czynnego. Komórki nerwowe, jakkolwiek zmienione, nie można było uważać za komórki obumarłe lub nekrotyczne, które miały być usunięte z pola przez neuronofagi. Niektóre z nich wykazywały zmiany nie tak intensywne i zawierały tylko 1 lub 2 neuronofagi, w innych zaś komórkach nerwowych zjawisko to zgoła nie występowało. Nie mogło więc tutaj być mowy o nekrofagii.

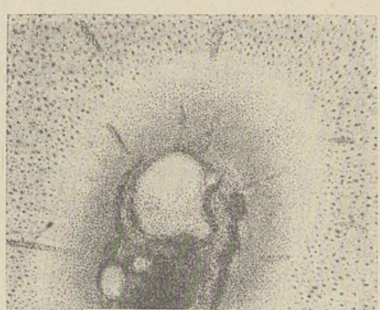
Podnosimy specjalnie te szczegóły z tego powodu, że niektórzy, jak np. Marinesco, uważają za jedną z głównych przyczyn neuronofagii śmierć lub nekrozę komórki nerwowej. Ona to ma dopiero powodować dodatnie działanie chemotaktyczne, przywabiające jakoby neuronofagi.

Pomijając już fakt, że trudno jest ustalić histologicznie z absolutną pewnością śmierć komórki nerwowej, sądzimy na podstawie spostrzeżeń własnych, że zdanie to Marinesco jest bezwątpienia zbyt apodyktyczne. Spostrzegaliśmy mianowicie pojedyńcze komórki nerwowe, nie wykazujące zmian głębszych, z wielu zachowanemi ciałkami Nissl'a, z normalną konfiguracją zewnętrzną ciała komórkowego, z centralnem jądrem i niezmienionem jąderkiem, a jednak zawierające w swem wnętrzu kilka leukocytów. Z drugiej strony na tym samym skrawku widać było komórki z bardzo daleko posuniętą chromatolizą, ze spęczniałem i zaokrąglonem ciałem komórkowem, w których nie zdołaliśmy wykryć ani jednego neuronofaga. Wszystko to wskazuje, że muszą istnieć inne jeszcze, bliżej nam dotąd nieznane przyczyny, które powodują przenikanie neuronofagów do komórek nerwowych.

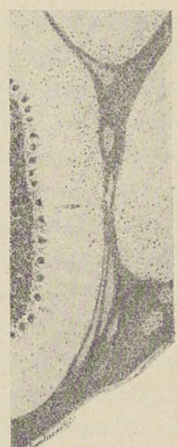
Co do samej istoty neuronofagii, to prawdopodobnie mamy tutaj do czynienia z oddziaływaniem przywabiającem, chemotaktycznem ze strony komórek nerwowych względem neuronofagów. Prąd chemotaktyczny ustala się zapewne z chwilą, kiedy pod wpływem nieznanych nam dotąd bliżej czynników (powstających w infekcji lub w intoksykacji układu nerwowego)

zajdą zmiany w komórkach nerwowych. Na rodzaj neuronofagji (glejowej lub leukocytowej) wpływa prawdopodobnie rodzaj czynników szkodliwych. Jest rzeczą możliwą, że w tych przypadkach, w których czynnik szkodliwy wpływa nietylko na komórki, lecz wywołuje również, jak w naszych doświadczeniach, intensywne zmiany zapalne (nacieczeniowe) w obrębie samej istoty szarej (wybitne nacieczenia naczyń, ropień), powstaje neuronofagja leukocytowa. W innych znowu przypadkach, w których czynniki szkodliwe uderzają w pierwszej linji na komórki nerwowe, nie wywołując wybitniejszej reakcji nacieczeniowej ze strony naczyń, występuje neuronofagja glejowa. W przypadkach, łączących obie te możliwości, będziemy mieli do czynienia z neuronofagją mięszaną.

Trzecie zjawisko histologiczne, które pragnęlibyśmy w krótkości zaznaczyć, polega na tem, że w doświadczeniach naszych nad doświadczalnie wywoływaną drętwicą karku pochodzenia pneumokokkowego, spostrzegliśmy w niektórych przypadkach n a c i e c z e n i a r o z l a n e c z ę ś c i o b w o d o w y c h m ó z g u i r d z e n i a. Mamy tutaj na myśli nacieczenie kory mózgowej (Fig. 6), móżdżkowej (Fig. 7) oraz okolic obwodowych rdzenia leukocytami, leżącemi luźno w tkance, t. j. nie znajdującemi się w bezpośrednim związku z naczyniami. Ową infiltrację rozlaną opisywano już w patologji ludzkiej (w *meningitis tuberculosa, luetica*). W naszych doświadczeniach występowała ona niekiedy wybitnie szczególniej w korze mózgowej. Tutaj widać było rozlane nacieczenie przeważnie w powierzchownych warstwach (l a m i n a



(Fig. 6).



(Fig. 7.

z o n a l i s, l a m i n a g r a n u l a r i s e x t e r n a). Niekiedy jednak nacieczenie to dochodziło do warstwy piramidalnej.

W korze móżdżkowej nacieczenie to było mniej wybitne, a jeszcze słabsze w rdzeniu. W tym ostatnim tylko bardzo rzadko widać było w nieznacznym jakimś odcinku obwodowym znaczniejszą infiltrację rozlaną. Przeważnie ta ostatnia ograniczała się do pojedynczych leukocytów, leżących tu i owdzie na obwodzie rdzenia.

Wszystkie te sprawy histologiczne wskazują, że w przypadkach gwałtownie się rozwijającego zapalenia opon pochodzenia pneumokokkowego powstać mogą zmiany głębokie w tkance nerwowej, prowadzące do ostatecznego zniszczenia lub zaniku (ropnie, neuronofagia leukocytowa) tej tkanki lub poszczególnych jej tworów. Inne znów zjawiska, (np. przejście infiltracji opon na części obwodowe mózgu i rdzenia) gdyby nawet uległy poprawie, prowadzić mogą do zrostów, które powodować mogą w następstwie najrozmaitsze sprawy chorobowe.

Dane szczegółowe, dotyczące wszystkich tych zagadnień, umieszczone będą w pracy naszej o całokształcie zmian w oponach, występujących pod wpływem doświadczalnie wywoływanych stanów zapalnych.

Z pracowni szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka“ pod Łodzią. (Lekarz naczelny dr. W. Chodźko).

PRZYCZYNEK DO SPRAWY ROZROSTU TKANKI ŁĄCZNEJ OKOŁONACZYNIOWEJ W PORAŻENIU POSTĘPUJĄCEM*)

podał

WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI, prosektor szpitala.

Anatomia patologiczna porażenia postępującego zdaje się być tak szegółowo opracowaną, że nie wiele nowego można się spodziewać w tym kierunku. W ostatnich czasach jednak zostały ogłoszone przez Snessarewa a potem przez Achùcarro 2 przypadki porażenia postępującego, w których spostrzegano niespotykane poprzednio znaczne rozrosty błony naczyniowej zewnętrznej w naczyniach mózgu.

Przypadek Snessarewa dotyczy 47 letniego osobnika, dotkniętego porażeniem postępującem, u którego w przebiegu choroby nieraz występowały napady drgawek; sam przebieg nie miał charakteru sprawy przewlekle postępującej, lecz od czasu do czasu występowały obostrzenia, po których stan ogólny chorego znacznie się pogarszał; prócz tego spostrzegano zaburzenia mowy i utrudnienia w połykaniu. Autor zaliczył przypadek ten do porażenia postępującego typu Lissauera. Badanie drobnowidzowe układu nerwowego, prócz zmian swoistych dla porażenia postępującego, stwierdziło znaczny rozrost tkanki łącznej okołonaczyniowej w postaci siateczki, w której oczkach znajdowały się komórki naciekowe, ewentualnie komórki pręcikowate.

---

*) Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu sekcji neurol.-psychjatrycznej Tow. lek. Łódzkiego, odbytem w Kochanówce 28 października 1913 r.

Rozrosty takie najwybitniej rozwinięte znajdowały się w okolicy psychoruchowej.

Przypadek Achúcarro dotyczy dziewczynki l. 13, u której rozpoznano porażenie postępujące wieku dziecięcego. W przebiegu klinicznym, prócz zaburzeń swoistych dla porażenia postępującego, stwierdzono znaczne zaburzenia mowy, utrudnienie ruchów dowolnych i drżenie rąk.

Napadów drgawek ani utrudnień w połykaniu nie spostrzegano. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie porażenia postępującego. Prócz tego, podobnie jak i w przypadku Snessarewa, stwierdzono bardzo wybitne rozrosty tkanki łącznej okołonaczyniowej; siateczka włókien tkanki łącznej miejscami zagłębiała się daleko w tkankę nerwową, a miejscami w oczkach tej siateczki znajdywały się niezmienione komórki nerwowe; często poszczególne naczynia były połączone delikatnemi włókienkami łącznotkankowemi. W oczkach siateczki zwykle znajdowały się komórki naciekowe i pręcikowate; najsilniejsze rozrosty były naokoło naczyń nacieczonych.

W ostatnich czasach mieliśmy sposobność spostrzegania w „Kochanówce" kilka wypadków porażenia postępującego ze zmianami, bardzo podobnemi do zmian, opisanych przez Snessarewa i Achùcarro. Takich przypadków spostrzegaliśmy 3, z tych w jednym rozrosty błony naczyniowej zewnętrznej były bardzo wybitne i dotyczyły prawie całego układu nerwowego ośrodkowego, w 2-ch pozostałych zaś przypadkach zmiany te były mniej wybitne i mniej rozpowszechnione.

Przypadek I. M. M. l. 43, przyjęty do szpitala dnia 2/X 1912 r. Z wywiadów wynika, że przed 15 laty miało miejsce zakażenie kiłowe. W maju r. 1912 wystąpił napad udarowy z utratą przytomności; po kuracji rtęciowej chory prawie całkowicie powrócił do zdrowia. W końcu września r. 1912 miał miejsce napad padaczkowaty, po którym wystąpiły przemijające zaburzenia mowy i jąkanie się; chory zdradzał pewną dezorjentację co do miejsca i czasu i podniecenie nieznacznego stopnia. Stan chorego po wstąpieniu do szpitala: niezborność ruchowa kończyn i objaw Romberga miernego stopnia; źrenice o kształtach nieregularnych, lewa szersza od prawej, na światło oddziaływują leniwie. Odruch kolanowy lewy żywszy od prawego, drżenie stopowe rzekome po stronie prawej; odruchów brzusznych brak, odruchy mosznowe obustronnie osłabio-

ne, mostkowy Chodźki obecny po stronie prawej. Drżenie rąk i języka. Odczyn Wassermana ze krwi i z płynu mózgowo-rdzeniowego dodatni. Psychicznie chory zdradza dezorjentację co do miejsca, czasu i otoczenia i zaburzenia pamięci, szczególnie wybitne w stosunku do wrażeń niedawnych. Urojeń ani omamów chory nie wykazuje.

Przez czas pobytu w szpitalu stan chorego powoli się poprawiał; 2/I 1913 r. chory został wypisany w stanie dosyć znacznego polepszenia. Dnia 31/I 1913 r. chory ponownie został przywieziony do szpitala w stanie podobnym do tego, jaki miał miejsce po poprzednim wstąpieniu do szpitala: dezorjentacja co do miejsca i czasu, niepokój, znaczne zaburzenia pamięci, przedewszystkiem co do wrażeń niedawnych; prócz tego wystąpiły omamy czucia ogólnego, słuchowe i niezbyt wyraźne wzrokowe. Przez styczeń, luty i marzec stan chorego powoli się poprawiał, ustąpiły zaburzenia pamięci, wróciła orjentacja, i chory ogólnie bardzo się poprawił.

W początku kwietnia stan chorego gwałtownie się pogorszył: wystąpiły omamy, dezorjentacja, konfabulacja, fizycznie chory czuł się znacznie osłabiony; w połowie kwietnia dołączyły się zaburzenia mowy o charakterze nieokreślonym (mowa zamazana).

16/IV 13 r. chory nawpółprzytomny, bardzo osłabiony, na pytania nie odpowiada; wystąpiło utrudnienie w połykaniu. Ciepłota wieczorem 38^0.

21/IV chory zmarł.

Z powodu warunków, od nas niezależnych, była wykonana tylko sekcja mózgu.

Przy oględzinach gołym okiem znaleziono co następuje: opona twarda silnie zrośnięta z kośćmi czaszki. Mózg bardzo duży; waga 1815 gr.; zakręty mózgowe szerokie, najwięcej rozwinięte w płatach czołowych i ciemieniowych; w innych płatach zakręty o wielkości normalnej. Opony miękkie: ogólne bardzo znaczne zmętnienie we wszystkich płatach prócz płatów potylicowych; na półkuli lewej zmętnienie to silniej się zaznacza, niż na prawej.

Prócz tego, wybitne zmętnienie ogniskowe o zabarwieniu mleczno-białym w przedniej części zakrętu czołowego I-go obustronnie; w tylnej części zakrętu czołowego III-go prawego. Takież ogniskowe zgrubienia nad okolicą ruchową lewą i w górnej części zakrętu skroniowego I-go lewego.

Przy przecięciu mózgu wydobyła się znaczna ilość cieczy wodojasnej. Na podstawie mózgu—lekkie zgrubienie opon mięk-

knych w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych. Przy badaniu drobnowidowym stwierdzono zmiany, swoiste dla porażenia postępującego: w oponie miękiej liczne nacieczenia limfocytami i komórkami plazmatycznemi, włókna myelinowe poziome uległy znacznemu zanikowi, przedewszystkiem w płatach czołowych i skroniowych, w mniejszym stopniu—w płatach ciemieniowych i w bardzo małym stopniu w płatach potylicznych. We wszystkich częściach mózgu stwierdzono bardzo wybitne nacieczenie przestrzeni okołonaczyniowych limfatycznych komórkami plazmatycznemi i limfocytami, przytem naokoło naczyń małych grupowały się prawie same komórki plazmatyczne, a naokoło dużych—przeważały elementy drobnokomórkowe limfocytarne. Nacieczenia te były ściśle ograniczone do przestrzeni okołonaczyniowych limfatycznych.

Układ warstwowy komórek nerwowych uległ znacznym zmianom, najwybitniejszym w płatach czołowych; prócz tego większość komórek nerwowych uległa zmianom wstecznym; liczne komórki uległy zwyrodnieniu tłuszczowemu, szczególnie zaś w płatach czołowych i w rogach Ammona; w bardzo licznych komórkach włókienka uległy rozpadowi; miejscami komórki uległy całkowitemu rozpadowi.

Jak zwykle w porażeniu postępującem, i w tym wypadku mieliśmy znaczne zgrubienie gleju brzeżnego; prócz tego stwierdziliśmy ogromny rozrost komórek pająkowatych gleju w warstwach głębszych kory, szczególnie naokoło naczyń, przytem bardzo często widzieliśmy, że wypustki komórek oplatały naczynia lub tylko dotykały ścian naczyniowych.

Co do komórek pręcikowatych, naogół ilość ich nie była zbyt wielką, nawet w płatach czołowych, tak znacznie dotkniętych sprawą chorobową; w porównaniu z innemi przypadkami porażenia postępującego ilość tych elementów wydawała się nawet nieznaczną. Tylko w rogach Ammona, szczególnie w rogu lewym, stwierdziliśmy bardzo znaczną ilość komórek pręcikowatych.

Prócz powyżej opisanych zmian, stwierdziliśmy w tym przypadku obecność znacznych rozrostów błony zewnętrznej naczyniowej. Naokoło naczyń mniejszych włókienka błony zewnętrznej, rozrastając się, tworzyły liczne oczka, ułożone koncetrycznie dookoła światła naczynia. W oczkach tej siateczki zwykle znaj-

dowały się komórki naciekowe i produkta rozpadu (Abbau produkten); naokoło naczyń bardzo małych rozrastająca się błona zewnętrzna tworzyła kółeczka, o ścianach podwójnych, otaczające światło naczynia; zwykle ściana zewnętrzna była połączoną z wewnętrzną delikatnemi pasemkami tkanki łącznej; przestrzeń, znajdująca się pomiędzy ścianą zewnętrzną a wewnętrzną, odpowiadała by przestrzeni wewnątrznaczyniowej Virchow-Robin'a.

Obok opisanego siateczkowatego rozrostu błony zewnętrznej naczyniowej, naokoło naczyń średniej wielkości i większych, spostrzegaliśmy rozrost o typie odmiennym, który można nazwać rozrostem miotełkowatym; poszczególne włókienka błony zewnętrznej, nie łącząc się z sobą, zagłębiały się w otaczającą tkankę nerwową w postaci pęczka lub miotełki i czasem sięgały dosyć daleko w tkankę; w niektórych miejscach mniejsze naczynia były połączone między sobą cieniutkiemi włókienkami tkanki łącznej. Nigdy nie mieliśmy sposobności widzieć w oczkach rozrastającej się błony zewnętrznej ani komórek pręcikowatych ani komórek nerwowych. Takie rozrosty spotykaliśmy, oprócz móżdżku i rdzenia przedłużonego, we wszystkich częściach mózgu, zarówno w korze, jak i w substancyi białej i w zwojach podkorowych, najwybitniej rozwinięte były te rozrosty błony zewnętrznej w płatach czołowych, szczególnie — w lewym, w płatach ciemieniowych, gdzie najwięcej spotykaliśmy je w zakrętach środkowych i w zakręcie Broca. Najmniej wybitne były te rozrosty w płatach potylicznych i w torebce wewnętrznej.

Przypadek II-gi. Chory P. J. l. 27; kiłę przechodził przed 8 laty. Choroba rozpoczęła się od roku; wystąpiły urojenia grzeszności, omamy wzrokowe, przygnębienie. Przyjęty do szpitala dnia 4/VI 1912 r. Stan fizyczny: niezborność ruchowa, objaw Romberga, drżenie języka, rąk; odruch kolanowy lewy żywszy od prawego, odruchy z kończyn górnych — bardzo żywe; odruchy brzuszne—bardzo słabe. Upośledzenie czucia o charakterze rozlanym. Źrenica lewa szersza aniżeli prawa, oddziaływanie na światło bardzo powolne, lekkie drżenie gałek ocznych. Odczyn Wassermana ze krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego dodatni; odczyn Nonne-Apelta + +; pleocytoza — 28 ciałek w 1 mm.[3] Ze strony psychicznej wybitna depresja i urojenia grzeszności. Od czerwca aż do końca lipca r. 1912 stan chorego się nie zmienił; od końca lipca aż do 20/X 1912 chory prawie codziennie miewał drgawki lewostronne o charakterze klonicz-

nym, połączone z zamroczeniem świadomości; po serji takich drgawek rozwinęło się porażenie lewostronne. Od 20/XI 12 r. rozpoczęła się serja drgawek padaczkowatych ogólnych, wśród których chory zmarł.

Na sekcji mózgu stwierdzono, co następuje: mózg — waga 1210 gr. Prawa półkula trochę mniejsza od lewej, zakręty mózgowe drobniejsze. Opony miękie zmętniałe na obu półkulach. Zapalenie ziarniste wyściółki komory IV-ej.

Przy badaniu drobnowidowym stwierdzono zmiany, swoiste dla porażenia postępującego: nacieczenia przestrzeni naokołonaczyniowych limfatycznych, zaniki włókien rdzennych w korze mózgowej i t. d. Prócz tego, naokoło drobnych naczyń kory mózgowej były obecne znaczne rozrosty tkanki łącznej błony zewnętrznej o charakterze siateczkowatym, przytem oczka tej siateczki, dosyć szerokie, sięgały często daleko w tkankę otaczającą; w niektórych miejscach szereg drobnych naczyń był połączony delikatną siateczką włókien tkanki łącznej. Rozrosty takie dotyczyły prawie wyłącznie małych naczyń górnych warstw kory mózgowej i przeważnie były spostrzegane w płatach czołowych.

Przypadek III. Chory J., l. 40, przyjęty do szpitala w październiku r. 1911. Przebytej kiły w wywiadach brak.

Pod względem klinicznym chory prócz bardzo ubogich urojeń wielkościowych i otępienia średniego stopnia zmian nie przedstawia. Ze strony fizycznej stwierdzono: zaburzenia ze strony źrenic, wzmożenie odruchów kolanowych, lekką niezborność kończyn górnych i zaburzenia czucia o charakterze rozlanym. Odczyn Wassermana we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym dodatni; odczyn Nonne-Apelta +. Przez czas pobytu w szpitalu aż do lutego r. 1913 stan chorego wybitnym zmianom nie ulegał. Od lutego r. 1913 chory wpadł w stan zupełnego zahamowania psycho-ruchowego: nie mówił, na pytania nie odpowiadał, nie ruszał się z łóżka i t. d. i w takim stanie zmarł dnia 30/IV 13 r.

Na sekcji stwierdzono znaczne zmętnienie opon miękkich, szczególnie w płatach czołowych; przy badaniu drobnowidowym stwierdzono zmiany swoiste dla porażenia postępującego. Prócz tego—naokoło prawie wszystkich naczyń zarówno małych jak i dużych, znajdowały się znaczne rozrosty błony zewnętrznej naczyniowej; szczególnie wybitne były one naokoło małych na

czyń kory mózgowej i tam miały charakter siateczkowaty, przy tem dosyć szerokie oczka tej siateczki zagłębiały się czasem w tkankę otaczającą. Rozrosty błony zewnętrznej naokoło naczyń większych miały zwykle charakter miotełkowaty. Zarówno w oczkach siateczki łącznotkankowej, jak i pomiędzy włókienkami miotełek prawie zawsze znajdywaliśmy komórki naciekowe ewentualnie produkty rozpadu.

Reasumując wyniki badań naszych 3-ch przypadków, widzimy, że w pierwszym z nich mieliśmy do czynienia z przypadkiem porażenia postępującego o przebiegu klinicznym jak gdyby skokami, z okresowemi obostrzeniami, i po każdym takim okresie stan chorego się pogarszał. Otępienie wystąpiło tu względnie późno; w początku choroby spostrzegano na pady uda rowe i drgawkowe i zaburzenia mowy. Te cechy przebiegu klinicznego nasuwały przypuszczenie, że mamy do czynienia z porażeniem postępującem, zbliżonem do typu Lissauera; badanie jednak pośmiertne układu nerwowego przypuszczenia tego nie potwierdziło, ponieważ zmiany, swoiste dla porażenia postępującego, były rozsiane prawie w całym układzie nerwowym i najdalej były posunięte w płatach czołowych, a nie w płatach potylicznych, jak to stwierdził Lissauer w wyróżnionej przez siebie postaci porażenia postępującego.

Porównywując pierwszy nasz przypadek z opisanemi przez Snessarewa i Achúcarro, widzimy, że zarówno pod względem klinicznym, jak i anatomo-patologicznym przypomina on przypadek Snessarewa, przebieg jednak był więcej gwałtowny i szybszy, gdyż śmierć wystąpiła po niespełna roku choroby, w przypadku zaś Snessarewa po 2½ latach. Zastanawiając się nad przyczyną tak gwałtownego przebiegu choroby i nad towarzyszącemi jej objawami (napady drgawkowe, pogorszenie nagłe, polepszenia) musimy się zwrócić do zmian anatomo-patologicznych, znalezionych w układzie nerwowym. Widzieliśmy, że naokoło naczyń prawie w całym układzie nerwowym miały miejsce bardzo wybitne rozrosty tkanki łącznej błony zewnętrznej, przeważnie o typie siateczkowatym, przytem siateczka ta całkowicie wypełniała porozszerzane przestrzenie naokołonaczyniowe. Biorąc pod uwagę, że w tych oczkach rozrosłej błony zewnętrznej naczyń prawie zawsze znajdowały się w ogromnych ilościach komórki naciekowe, możemy przypuścić, że krążenie

płynu mózgowo-rdzeniowego, które, jak sądzi Cathelin, odbywa się właśnie drogą przestrzeni naczyniowych limfatycznych, musiało być znacznie upośledzone a w niektórych miejscach całkowicie zniesione. Jeżeli nawet nie zgodzimy się na zapatrywanie Cathelin'a co do krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego w przestrzeniach naokołonaczyniowych, to jednak możemy śmiało przypuścić, że limfa, znajdująca się w tych przestrzeniach, z powodu wypełnienia ich przez komórki naciekowe i rozrosłe oczka błony zewnętrznej naczyń, nie mogła odpływać w sposób normalny i z tego powodu działała szkodliwie na tkankę otaczającą bądź to mechanicznie przez ucisk, bądź też z powodu znajdujących się w niej chorobliwych składników przemiany materji tkanek otaczających, które w warunkach normalnych odpływają swobodnie z prądem limfy.

Być może, że ten gwałtowny przebieg z nagłemi pogorszeniami był w pewnej zależności od występujących co pewien czas nagromadzeń płynu mózgowo-rdzeniowego (względnie — limfy) w przestrzeniach limfatycznych okołonaczyniowych, a polepszenia w przebiegu choroby może były w związku z momentami odpływu płynu drogami bocznemi. Oczywiście, są to tylko przypuszczenia, na poparcie których trzebaby mieć znacznie większy materjał.

Co do naszych dwóch pozostałych przypadków, to 2-gi z nich cechował, jak widzieliśmy, gwałtowny przebieg w połączeniu z silnemi napadami drgawkowemi; przypadek 3-ci, przez cały prawie czas trwania choroby, przedstawiał obraz zupełnego zniedołęźnienia poraźnego, i tylko w końcu choroby wystąpiły wybitne objawy katatoniczne. Drgawek przez cały czas trwania choroby nie spostrzegano.

Chcąc stwierdzić, jak często występuje w porażeniu postępującem powyżej opisany rozrost błony zewnętrznej okołonaczyniowej, zbadaliśmy w tym kierunku 30 mózgów chorych, zmarłych z rozpoznaniem porażenia postępującego i kilka mózgów pacjentów, zmarłych z rozpoznaniem otępienia starczego, kiły mózgu, padaczki, i opilstwa przewlekłego. We wszystkich tych przypadkach badane były tylko płaty czołowe.

Na 30 mózgów paralitycznych stwierdziliśmy w 2 wypadkach rozrosty błony zewnętrznej naczyniowej w mniejszym lub większym stopniu i to tylko dookoła naczyń średniej wielkości

i dużych, a zawsze o charakterze miotełkowatym; nigdy nie widzieliśmy rozrostów o typie siateczkowym.

W innych psychozach znaleźliśmy umiarkowany rozrost błony zewnętrznej naczyniowej o charakterze miotełkowatym, a mianowicie, w przypadku otępienia starczego, w padaczce, połączonej z daleko posuniętym otępieniem i w przypadku opilstwa przewlekłego; ponieważ jednak w tym kierunku była zbadana zbyt mała liczba przypadków, wstrzymujemy się zatem narazie od wyciągania jakichbądź wniosków.

W badaniach naszych posługiwaliśmy się przedewszystkiem modyfikacją metody Bielszowskiego barwienia tkanki łącznej, a także przez nas zmodyfikowaną metodą Manna, która dawała bardzo dobre i zupełnie pewne wyniki, czego nie można powiedzieć o metodzie Bielszowskiego. Do tej modyfikacji metody Manna używaliśmy materjału formalinowego (również można utrwalać i wprost w 95% wyskoku), zatopionego w parafinie; przy zatapianiu w celloidynie rezultaty nie były tak dobre. Po pokrajaniu, rozpuszczeniu parafiny i t. d. wkładaliśmy skrawki do nasyconego wodnego rozczynu kwasu fosforo-molibdenowego na 15—30 minut, potem dokładnie opłukiwaliliśmy we wodzie i wkładaliśmy skrawki do mieszaniny Manna (1% wodny rozczyn methylblau 35 ccm.; 1% wodny rozczyn eozyny — 35 cm.; wody destylow. 100,0) na 15—20 m. lub dłużej, w zależności od grubości skrawków, od indywidualnych warunków preparatu; po opłukaniu w wodzie, różnicowaliśmy w alkoholu 95% pod kontrolą mikroskopu, zwykle najwyżej 2 minuty, potem do alkoholu absolutnego, karbolxylolu, xylolu, balsamu. Modyfikacja ta bardzo ładnie uwidacznia tkankę łączną, która się barwi na ciemno-niebiesko, a otaczaczająca tkanka przybiera zabarwienie błękitne; jądra komórek barwią się eozyną na czerwono, lecz przy zbyt długiem różnicowaniu łatwo ulegają odbarwieniu; glej amebowaty barwi się na jasno-niebiesko.

W porównaniu z metodą v. Giesona modyfikacja ta dawała nam lepsze rezultaty; oryginalną metodą Manna nie mogliśmy otrzymać tak ładnych obrazów, jak za pomocą wyżej wspomnianej modyfikacji.

Stosowaliśmy również modyfikację metody Bielszowskiego, zaproponowaną przez S n e s s a r e w a i tanninowo-srebrową metodę A c h ú c a r r o; co do modyfikacji Snessarewa, dawała nam

ona dobre rezultaty; metoda Achúcarro przy wielokrotnem stosowaniu zawsze jednak zawodziła.

Przeglądając piśmiennictwo z zakresu anatomji patologicznej porażenia postępującego, psychoz innych, nie spotkaliśmy nigdzie opisów takich rozrostów błony zewnętrznej naczyniowej, jakie widzieliśmy w przypadkach Snessarewa, Achúcarro i naszych.

Alzheimer mówi tylko o mniej lub więcej wyrażonym bujaniu tkanki łącznej naokołonaczyniowej, również krótko o tem wspomina Obersteiner, Cerletti, Simchowicz.

Na zakończenie pozwolę sobie złożyć podziękowanie naczelnemu lekarzowi szpitala, doktorowi W. Chodźce, za udzielenie mi do dyspozycji materjału szpitalnego i za łaskawą pomoc w pracy.

PIŚMIENNICTWO.

1. Achúcarro. Darstellung von neugebildeten Fasern des Gefässbindegewebes in der Hirnrinde eines Falles von progressiv. Paralyse, durch eine neue Tannin-Silbermetode. (Zeitschrift für die ges. Neurol. und Psychiatrie. Band VII, 1911 r.)

2. Snessarew. Ein Fall atypischer progressiver Paralyse der Irren etc. (Neurolog. Centralblatt 1911 N. 11).

3. Alzheimer. Zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse (Nissl-Alzheimers Arbeiten 1, 1904).

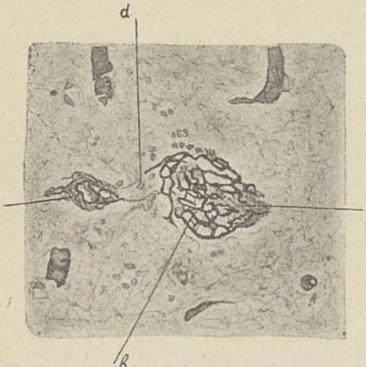
4. Alzheimer. Ergebnisse auf dem Gebiete der pathologischen Histologie der Geistesstörungen. (Zeitschrift für die ges. Neurol. und Psychiatrie. Referate V Band).

5. Cerletti. Die Gefässvermehrung im Zentralnervensystem. (Hist. n. histopath. Arb. über die Grosshirnrinde, 1910, Bd. IV).

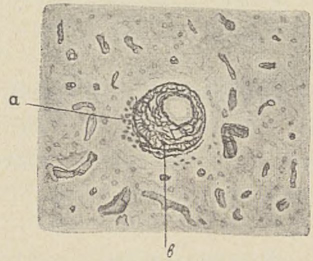
6. Obersteiner. Die progressive allgemeine Paralyse. 1908 r.

7. Simchowicz. Histologische Studien über die senile Demenz. (Hist. u. histopath. Arb. über die Grosshirnrinde, 1911 r. Bd. IV.

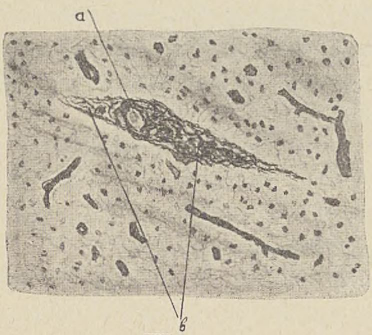
8. Snessarew. (Anatomisch. Anzeiger 1910 r. Bd. XXXVI).



I



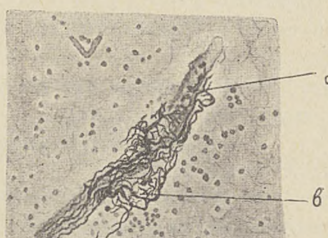
II



III



IV



V

OBJAŚNIENIA RYSUNKÓW.

(wszystkie rysunki zostały wykonane za pomocą aparatu A b b e'g o).

Rys. I. Przypadek I-y. 2 małe naczynia kory mózgowej płatu czołowego prawego. a—naczynie; b—rozrost siateczkowaty błony zewnętrznej naokoło naczynia; c—małe naczynie z rozszerzoną prze-

strzenią Virchow-Robin'a. d—pasemka tkanki łącznej, — łączące obydwa naczynia. Komórki naciekowe przy robieniu preparatu wypadły. Barwienie według Bielszowskiego. Zeiss ok. 12, soczewka 16.

Rys. II. Przypadek I-y. Naczynie kory mózgowej płatu czołowego lewego. a—komórki naciekowe i produkty rozpadu. b—siateczkowaty rozrost błony zewnętrznej naokołonaczyniowej.

Rys. III. Przypadek I-y. Naczynie z subst. białej płatu czołowego prawego. Barwienie wedł. Bielszowskiego. Zeiss ok. 6, obj. 16. a-naczynie. b—rozrost błony zewnętrznej o typie miotełkowatym; wśród włókien tkanki łącznej widać produkty rozpadu i komórki naciekowe. Barwienie wedł. Bielszowskiego. Zeiss ok. 6, obj. 8.

Rys. IV. Przypadek III. Naczynie powierzchownej warstwy kory płatu czołowego lewego. a—naczynie, widziane z góry, podłużnie przecięte. b—siateczkowaty rozrost błony zewnętrznej naczynia, poszczególne włókienka zagłębiają się daleko w tkankę nerwową. Wśród oczek siateczki znajdują się elementy naciekowe. Barwienie wedł. Bielszowskiego. Zeiss ob. 8. ok. 12.

Rys. V. Naczynie subs. białej płatu czołowego prawego jednego z typowych przypadków poraż. postępującego; a—naczynie, podłużnie przecięte. b—tkanka łączna rozrastającej się błony zewnętrznej; poszczególne włókienka zagłębiają się daleko w tkankę otaczającą. Barw. wedł. Bielnowskiego.

Ze szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka“ pod Łodzią.

(Lekarz naczelny dr W. Chodźko).

PRZYPADEK KIŁY DROBNYCH NACZYŃ KORY.

podała

M. KRUSE-PAWŁOWSKA.

Przypadek niniejszy należy do stosunkowo rzadkich: zaledwie kilka podobnych znajdujemy w literaturze.

Około 1903 r. Nissl, a wkrótce potem i Alzheimer zauważyli przy badaniu drobnowidowem tę właśnie postać kiły naczyń mózgowych. W parę lat później na Zjeździe psychjatrów bawarskich w Monachium Alzheimer oznajmił, że spostrzegał jeszcze parę podobnych, z których pokazał preparaty drobnowidowe; Nissl jednak, obejrzawszy preparaty, nie zgodził się na rozpoznanie. Zdaniem jego kiła drobnych naczyń jest cierpieniem nader rzadkiem i często przypadki miażdżycy mózgowej mogą w błąd wprowadzić, tembardziej, że ścisłej różnicy w umiejscowieniu obu spraw chorobowych niema, zmiany zaś komórek nerwowych, zależne w obu cierpieniach od niedostatecznego odżywiania, są podobne.

Wkrótce potem ukazały się prace Ilberga i Sagela, opisujące psychozę w zapaleniu śródbłonka drobnych naczyń. Są to jednak dotychczas pojedyńcze przypadki i ta właśnie rzadkość cierpienia skłoniła nas do opisania naszego spostrzeżenia.

Chora W. K., przybywając po raz pierwszy do szpitala w 1909 r., miała lat 35, z zawodu była guwernantką. Wywiadów

dokładnych zebrać nie mogliśmy. Chora w dzieciństwie była na ogół zdrowa, uczyła się nieźle. W 23 roku życia przechodziła kiłę, na którą leczyła się przez 6 tygodni. Choroba umysłowa zaczęła się w 1909 r. w Charkowie, o początkach cierpienia brak szczegółów. Po 7-mio miesięcznym pobycie w szpitalu charkowskim, odesłano chorą do Łodzi, do rodziny. Przez pierwszych kilkanaście dni pobytu w domu chora zachowywała się poprawnie; wkrótce jednak wróciły zaburzenia psychiczne: opowiadała, że wszyscy mężczyźni w niej się kochają, że każdy z nich poczytywałby sobie za zaszczyt, gdyby zechciała wyjść za niego zamąż, w ubraniu i zachowaniu wykazywała pewną ekscentryczność, nie okazywała chęci do systematycznej pracy.

Przybyła do szpitala 6-go stycznia 1909 r. Waga — 58 kiloa Ze strony organów wewnętrznych zmian brak. Gestykulacj- i mimika chorej bardzo żywe, mowa nic szczególnego nie przedi stawia, dyzartrji niema. Chód normalny, objawu Romberga an- niezborności ruchowej nie znaleziono. Odruchy ścięgniowe na. ogół wzmożone, różnicy z tej lub innej strony nie wykazują Drgania stopowego i objawu Babińskiego niema. Źrenice jednakowej szerokości, o zarysach zlekka nieprawidłowych, na światło oddziaływają bardzo leniwie. Prawa fałda noso-wargowa zgładzona. Przeczulica całego ciała. Odczyn Wassermana robiony był kilkakrotnie. Za I-szym razem, w lutym 1910 r., wypadł we krwi dodatnio, w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemnie. Liczba elementów komórkowych w mm^3 — 24.

Przez pierwszy przeciąg czasu pobytu w szpitalu t. j. od początku stycznia 1910 roku do marca tegoż roku, chora była w ustawicznem podnieceniu: stale w ruchu, mówi dużo i bez przerwy, wypowiada urojenia wielkości. Opowiada, że była wychowawczynią następcy tronu, że w nagrodę za to cesarz chciał ją wydać za mąż za jednego z wielkich książąt i t. p. Chora uważa się za osobę niezwykle wykształconą: kończyła kilka uniwersytetów i bierze żywy udział w ruchu naukowym. Z przyczyny jej wyjazdu z Łodzi wiele pism musi upaść. Czasem urojenia odznaczają się rażącym brakiem logiki — tak naprz. chora twierdzi, że początkowo była mężczyzną i dopiero na żądanie cesarza Franciszka Józefa została kobietą.

Zalecono wcierania szarej maści. Po 36 wcieraniach odczyn Wassermana w krwi stał się niewyraźnym.

Po pewnym czasie chora zaczęła się potrochu uspakajać, okazywała coraz mniej urojeń. W zachowaniu spokojna z pewnym odcieniem depresji — 1-go sierpnia 1910 r. wypisuje się ze szpitala w stanie znacznej poprawy.

Początkowo w domu chora zachowywała się normalnie, założyła nawet sklep z kapeluszami, w którym sobie niezgorzej radziła. Ten stan trwał jednak niedługo, gdyż 5-go maja 1911 r.,

t. j. w 9 miesięcy po opuszczeniu zakładu, chora powtórnie przyjeżdża do Kochanówki. Tym razem jest ona w stanie silnej depresji, urojeń żadnych nie wykazuje, obawia się o swe zdrowie i wykazuje lęk, że się już ono nigdy nie poprawi. Do jedzenia trzeba ją namawiać, omal zmuszać, często płacze, mówi niewiele i b. cicho. Lekarza stara się przy sobie jaknajdłużej zatrzymać, ustawicznie się przed nim uskarża na swe zdrowie.

Odczyn Wassermana, robiony wkrótce po przyjeździe, wykazał w krwi silne zahamowanie. Chorej dano podskórnie arsenobenzol, potem zaczęto wcieranie maści szarej, które, ze względu na pogorszenie ogólnego stanu, trzeba było wkrótce przerwać. Po pewnym czasie stan przygnębienia zaczął ustępować, chora zaczęła się ożywiać, apetyt się poprawił. Chora zaczęła wykazywać pewne zainteresowanie, prosić o pracę, szyła chętnie. Odczyn Wassermana w maju 1911 r. dał znów we krwi wynik niewyraźny, w 2 miesiące zaś później całkowitą hemolizę. W usposobieniu chorej zauważono rozdrażnienie, chora zaczęła kaprysić, była niezadowolona z lekarza, ze służby, z jedzenia, słowem ze wszystkiego. W tym stanie wypisuje się ze szpitala 7 września 1911 r.

W domu była tylko przez 3 miesiące; według zdania otoczenia nie czuła się ona tak dobrze, jak za pierwszym razem, do pracy brać się nie chciała. W grudniu 1911 r. wraca do Kochanówki. Silnie podniecona, głosem ochrypłym śpiewa karczemne piosenki, włosy rozpuszcza, przystraja je w kwiaty z bibułki. Ubrać się nie chce, przeważnie chodzi w koszuli, gdyż, jak twierdzi, tak jest ładniej. Często zupełnie naga, chwyciwszy którą z chorych, tańczy po sali, na pytanie kim jest, odpowiada: „Wanda K., ale ja jestem księżniczką Olgą“.

Źrenice wcale na światło nie oddziaływają, odruchy kolanowe osłabły. Odczyn Wassermana we krwi wypadł dodatnio. Waga chorej w tym okresie była 60 kilo. W ciągu pierwszych trzech miesięcy pobytu chora cierpi na bezsenność. W dzień i w nocy miewa halucynacje; całemi godzinami rozmawia z gośćmi, dla siebie tylko widzialnymi. Przeważnie są to osoby wysoko postawione.

Wybitne urojenia wielkości, które się zaczynają rozciągać i na rodzinę chorej: ojciec jej był markizem, matka—hrabianką, brat jest dyrektorem wszystkich fabryk w Łodzi, a także i w Kochanówce. Chwilami odzyskuje krytycyzm — tak nprz., do chorej, uważającej się za królową, rzekła razu pewnego: „Tyś taka sama królowa, jak ja księżniczka Olga". Okresy te zdarzają się jednak rzadko i trwają krótko. Szybko zmienia nastroje, przychodzą krótkotrwałe stany depresji — wtedy chora rwie ubranie i pościel, płacze głośno, nie chce jeść, i t. d.

Zarówno w stanie podniecenia, jak i depresji, bardzo skłonna do gniewu; bije posługaczki, gdy nie spełniają jej żądań,

a żądania te bywają często niemożliwe do spełnienia. Gniew swój wyraża najczęściej tłuczeniem szyb, biciem służby, darciem pościeli i ubrania.

Początkowo w chwilach złego humoru, a później coraz częściej chora zaczyna się zanieczyszczać.

Od czasu do czasu następują chwilowe polepszenia: chora nieraz przeprasza wtedy za swe zachowanie, które uważa za niewłaściwe, tłómaczy się tem, że ją doprowadzono do gniewu. Często gniew był wyrazem urojeń zazdrości, być może że i omamów.

W pierwszych miesiącach 1912 r. rzadko, potem coraz częściej chora zaczęła podlegać iluzjom zarówno co do osób, jak i rzeczy. Konfabuluje często. Ujrzawszy, naprz., jedną z chorych w nowej sukni, rzuca się na nią, a grożąc pięściami, żąda natychmiastowego zwrócenia skradzionej sukni, która ma dla niej wartość tem większą, że chora była w niej na przyjęciu u księcia Michała i ten ją za dobry gust chwalił. Pominąwszy chwile względnego spokoju, chora żyje w ustawicznem podnieceniu: ma zawsze mnóstwo spraw i pretensji do lekarza, do służby, nawet do palacza, a często i do osób zupełnie nieznanych. Sprawy swe chora załatwia przeważnie piśmiennie; na swistkach papieru, na marginesach książek i gazet, na zużytych kopertach i t. d., wypisuje ona stosy listów, plącząc wyrazy polskie z niemieckiemi i rosyjskiemi.

5-go maja 1912 r. chora dostała napadu drgawek obustronnych z utratą mowy i świadomości. Po godzinie przyszła do siebie, przez pewien czas jednak potem była bardziej kapryśna i niedostępna, niż przedtem. Przed napadem chora napierała się ustawicznie o pieniądze, a na widok papierosów gniew jej stygł chwilowo — w okresie zaś wyżej wymienionym pieniądze ciskała, papierosy łamała, czynów swych nie motywując.

W czerwcu i lipcu 1912 r. stan fizyczny chorej zaczął się szybko pogarszać. Waga spadała gwałtownie, sen i apetyt były złe. Pod koniec lipca chora zaczęła się uspakajać, już ją coraz mniej słychać na oddziale, przeważnie leży spokojnie w łóżku, podnieca się rzadko. Fizycznie coraz słabsza. Od końca grudnia 1911 r. do sierpnia 1912 r. t. j. przez 7 miesięcy chora z 60 kilo spadła na 42. 8 sierpnia nastąpiło nagle zejście śmiertelne.

Sekcja, wykonana w kilka godzin później, dała następujące wyniki:

Mięsień lewej komory serca przerosły, komora prawa rozszerzona. W tętnicy głównej zmiany miażdżycowe niezbyt daleko posunięte. Zastawki serca bez zmian. Płuca blade, suche. Obustronnie zrosty z opłucną ścienną. W jamach opłucnowych mierna ilość płynu wysiękowego. Śledziona słabo powiększona. Nerki duże, twarde, na powierzchni przedniej lewej nerki bliznowate wciągnięcie wielkości 6 groszy; na obu wciągnięcia drobne

w znacznej liczbie; otoczka schodzi z trudnością. Wątroba przekrwiona, powiększona, przy krajaniu trzeszczy, spoistość twarda. Mózg lekko przypłaszczony, waga — 1115 gr. Między mózgiem i oponami miękkiemi zrostów niema. Na całej przestrzeni mózgu zmętnienie opon miękkich w nieznacznym stopniu. Komory nierozszerzone. W torebce wewnętrznej lewej półkuli, tuż przed skrzyżowaniem nerwów wzrokowych, na wewnątrz od poduszki jądra soczewkowatego różowe ognisko wielkości małego orzecha. Zapalenie wyściółki IV-ej komory. Tętnica kręgowa lewa rozszerzona, podstawowa skręcona jak korkociąg; obie szyjne wewnętrzne przedstawiają zmiany miażdżycowe, jak również i tętnica brózdy Sylwiusza.

Przy badaniu drobnowidzowem stwierdzono, że opony miękkie nie przedstawiają naogół zmian znacznych. Stwierdzono miejscami ogniskowe nacieczenia drobnokomórkowe, składające się przeważnie z limfocytów — znajdowaliśmy także i plazmatyczne komórki w niewielkiej liczbie. W korze mózgowej największe zmiany widzimy w drobnych naczyniach; jądra śródbłonka znacznie wybujały do światła naczyń, są one mocno zabarwione, ułożone nierównomiernie, gdzieniegdzie postawione na sztorc. Często spotykamy naczynia, w których, wskutek nadmiernego bujania komórek śródbłonka, światła całkowicie nie widać. Na preparatach, barwionych za pomocą rezorcyny-fuksyny, widzimy, że i błona sprężysta niekiedy bierze udział w przeroście. Widzimy dalej, że i komórki warstwy zewnętrznej naczyń, o zarodzi silnie przyjmującej barwnik, o jądrach dużych, uległy bujaniu. Wskutek silnego przerostu komórek warstwy zewnętrznej i wewnętrznej, granice ich nie dają się ściśle odróżnić i naczynie często nabiera wyglądu embrjonalnego.

Liczba naczyń nie jest bardzo powiększona — w przestrzeniach limfatycznych okołonaczyniowych nie widać naogół nagromadzenia elementów komórkowych; spotykamy natomiast często w tkance nerwowej, otaczającej naczynie, limfocyty, rozsiane nieregularnie — zdarzają się także, choć w niewielkiej ilości i komórki plazmatyczne. Naokoło zmienionych naczyń widzimy miejscami wzrost włókien gleju.

Badając preparaty, barwione za pomocą rezorcyny-fuksyny, nie zauważyliśmy naogół zmian wstecznych w błonie sprężystej. Barwienie za pomocą Sudanu III wykazywało dość często stłuszczenie komórek śródbłonka w nieznacznym stopniu. Obok naczyń, dotkniętych zmianami wyżej opisanemi, widzimy także i zupełnie zdrowe.

Co się tyczy komórek nerwowych, musimy zaznaczyć, że zmiany naogół nie są daleko posunięte. Miejscami komórki te barwią się słabo, niekiedy — nierównomiernie. W niektórych okolicach, szczególniej w płacie prawym potylicznym, spotykamy

w komórkach rozpad substancji barwnej naokoło jądra, a barwienie za pomocą Sudanu III wykazuje dość często liczne, drobne punkciki tłuszczu, rozsiane w zarodzi.

Naokoło komórek nerwowych spotykamy znaczną liczbę komórek gleju. Często po dwa lub więcej wdrążają się one w komórkę nerwową.

W małej liczbie w całym mózgu, w znaczniejszej — w płatach czołowych, spotykamy porozsiewane komórki pręcikowate rozmaitej postaci i wielkości; są tu grube, krótkie jądra, znajdujemy także cienkie, długie, widzimy też i powyginane w kształcie litery U.

Ogniskowego zaniku komórek nie spotykaliśmy prawie wcale.

Spotykamy dalej w korze, szczególniej w zwojach centralnych, dość częste świeże wylewy a także ślady po starych wylewach w postaci barwnika.

Streszczając powiedziane poprzednio i łącząc dane kliniczne z anatomo-patalogicznemi, widzimy, że mamy do czynienia z chorobą umysłową u kobiety, która w 22 roku życia przechodziła kiłę. Psychoza przechodziła okresowo, z objawami manjakalnymi i depresyjnymi w połączeniu z omamami. Choroba trwała około 3 lat z przerwami, w ciągu ostatniego roku nastąpił szybki rozpad władz psychicznych i stanu fizycznego.

W pierwszym okresie choroby źrenice oddziaływały na światło źle, potem zaś — wcale. Pod innymi względami zmian w układzie nerwowym nie było.

Kilkakrotnie robiony odczyn Wassermana wypadał u chorej we krwi dodatnio, w płynie mózgowo-rdzeniowym — ujemnie. Liczba elementów komórkowych w 1 mm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego była 21.

Mikroskop wykazał nadewszystko zmiany drobnych naczyń, zmiany, polegające na bujaniu komórek śródbłonka a także i warstwy zewnętrznej. Przerost ten doprowadził w wielu miejscach do całkowitego zaniku światła naczyniowego. Stwierdziliśmy dalej ogniskowe nacieczenie opon miękkich, w niezbyt silnym stopniu zmiany komórek nerwowych, znaczną liczbę okrągłych komórek gleju i pręcików.

Zmiany naczyń spotykamy zazwyczaj w sprawach kiłowych, porażeniu postępującem, miażdżycy naczyń mózgowych i opilstwie przewlekłym — to ostatnie wobec tego, że chora wyskoku nie używała, możemy wyłączyć. W naczyniach w naszym przy-

padku niema nacieków w ścianach ani w przestrzeniach limfatycznych okołonaczyniowych. Dość często natomiast stwierdzaliśmy w tkance nerwowej naokoło naczyń nieregularne, rozsiane nacieczenia drobnokomórkowe, tak dla kiły charakterystyczne. Opony miękkie, miejscami tylko nacieczone, szczupła liczba komórek plazmatycznych i pręcików, zbyt słaby stopień zmian wstecznych komórki nerwowej — wszystko to przemawia przeciwko porażeniu postąpującemu.

Co się zaś tyczy miażdżycy naczyń mózgowych, to trudno jest ją przypuścić ze względu na energiczny przerost komórek ścian naczyniowych. Nacieczenie, obecność komórek pręcikowatych, spotykanych w większej liczbie w porażeniu postępującem a także w stanach zapalnych, brak znacznych zmian wstecznych w ścianach naczyń — wszystko to przemawia przeciw miażdżycy. Dochodzimy zatem do wniosku, że opisane zmiany naczyń są pochodzenia kiłowego.

Co się tyczy kwestji, która z warstw naczyniowych ulega pierwotnie zmianom, zdania są podzielone. H e u b n e r dawno już orzekł, że podrażnienie, wywołane przez jad kiłowy, udziela się najsamprzód śródbłonkowi naczynia i komórki jego zaczynają bujać — wtedy już może się zacząć sprawa zapalna w warstwie zewnętrznej.

Inni badacze, jak K ö s t e r, później A s c h o f f uważają, że sprawa chorobowa zaczyna się zzewnątrz, od warstwy, zewnętrznej. Zdaniem K ö s t e r a zgrubienie śródbłonka jest wynikiem niedostatecznego odżywiania tkanki, wskutek zapchania, a często i zupełnego zniszczenia przestrzeni Virchov-Robin'a. A l z h e i m e r i N i s s l twierdzą, że istota sprawy chorobowej polega na bujaniu komórek śródbłonka, któremu, zdaniem Nissla, nigdy nie towarzyszą zmiany wsteczne. Przypadki, w których te zmiany spotykamy, zasługują, zdaniem jego, na nazwę miażdżycy mózgowej. A l z h e i m e r zaś uważa, że miażdżyca jest to pojęcie ogólne dla różnych wstecznych zmian naczyń, do których to zmian mogą dojść i naczynia kiłowe.

Na zakończenie zaznaczamy, że opisane schorzenie naczyń mózgowych przedstawia klinicznie obraz cierpienia tak różnorodny, że rozpoznanie, stawiane za życia, najczęściej okazywało się błędnem. W sześciu przypadkach kiły drobnych naczyń, opracowanych przez Alzheimera, za życia stawiano następujące roz-

poznania: 1 raz padaczka, 2 razy katatonja, 2 razy porażenie postępujące, w jednym tylko przypadku rozpoznano za życia kiłę mózgową.

Zestawiając objawy kliniczne większej liczby przypadków, rozpoznanych po śmierci jako kiła naczyń mózgowych, mamy nadzieję, że uda się otrzymać pewną grupę cech wspólnych, któreby pozwoliły za życia postawić rozpoznanie.

Porównywując 3 przypadki kiły drobnych naczyń, których historję choroby posiadamy, stwierdziliśmy: 1) że przebieg cierpienia jest względnie krótki, gdyż trwa 2 — 3 lat; 2) że szybko prowadzi do cherłactwa i rozpadu władz umysłowych. Omamy stwierdzono w 2-ch przypadkach; o 3-cim, w którym choroba przebiegała pod postacią katatonji, z absolutną ścisłością nie można tego powiedzieć. Liczba elementów komórkowych w 1 mm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego, badanego w 2 przypadkach, dała liczby mniejsze, niż w innych postaciach kiły mózgowej, gdyż w 1 przypadku 21 w drugim 25. Na 3 przypadki, o których mówiliśmy, w 2 zauważono napady drgawek — może też wystąpienie ich u osób dorosłych, po wyłączeniu padaczki Jacksona, padaczki prawdziwej i histerji, mogły wraz z innymi, dziś jeszcze nieznanymi objawami, rzucić pewne światło w kierunku rozpoznania. Co się tyczy wieku, w którym cierpienie się okazuje, granice jego są dość luźne, sądząc według tych 3-ch przypadków, gdyż 23, 35 i 48 lat. Może też nie będzie bez znaczenia, że na 6 przypadków danego cierpienia, w 5-ciu dotknęło ono kobiety.

PIŚMIENNICTWO.

1. S a g e l W. Ueber einen Fall von endarteriitischer Lues der kleineren Hirngefässe (Zeitschrift fur die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1910 r. 1 Bd.).

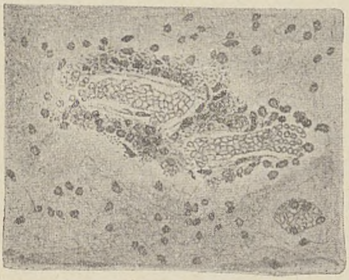
2. I l b e r g G. Ein Fall von Psychose bei Endarteriitis luetica cerebri. (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u Psych. 1910 II Bd.).

3. Handbuch d. pathologischer Anatomie des Nervensystems — M. N o n n e u n d H. L u c a.

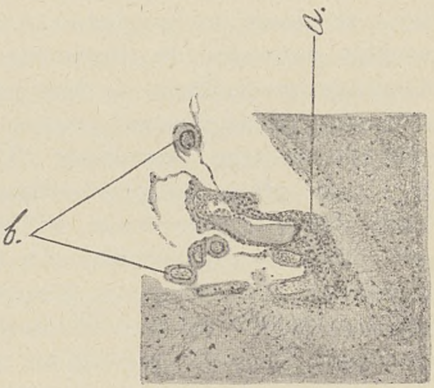
4) Evensen Hans. Beiträge zu der normalen Anatomie der Hirngefässe (Nissl-Alzheimers histologische und histopatholog. Arbeiten II Bd).

5. Aschoff L. Pathologische Anatomie. Tom II-gi.

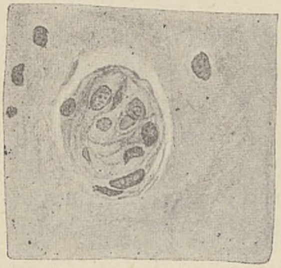
6. Alzheimer. Zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. (Nissl-Alzheimers Histolog. und Histopatholog. Arbeiten. I Bd.).



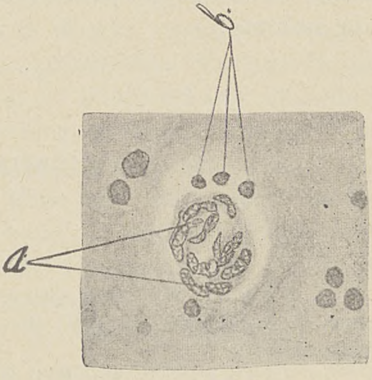
I



II



III



IV

OBJAŚNIENIA RYSUNKÓW.

Rysunek I. Zwój środkowy prawy. Wylew krwawy naokoło naczynia. Zeiss, okular 6, objektyw 8. Haematoxylina—eozyna.

Rysunek II. Skrawek ze zwoju czołowego I prawego a) opona miękka, zgrubiała, nacieczona; b) naczynia zgrubiałe. Zeiss. okular 12; objektyw 16. Rezorcyna-fuksyna.

Rysunek III. Skrawek z płatu skroniowego lewego. Drobne naczynia górnych warstw kory o całkowicie zamkniętem świetle z powodu bujania błony wewnętrznej. Zeiss, okular 12; objektyw 16. Haematoxylina-eozyna.

Rysunek IV. Skrawek z płatu skroniowego lewego. Drobne naczynie kory; jądra śródbłonka wybitnie poprzesuwane, ułożone nieregularnie, prawie zamykają światło: a) komórki śródbłonka, b) elementy naciekowe. Zeiss; okular 12; objektyw 16. Haematoxylina-eozyna.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O METODZIE ABDERHALDENA W PSYCHIATRJI.

Zasługa zastosowania metody Abderhaldena w psychiatrji całkowicie przypada w udziale Fauserowi. W referacie [1]), wygłoszonym na zjeździe psychjatrów i neurologów w Wrocławiu w 1913 r., Fauser podał wyniki badań, które dokonane zostały metodą Abderhaldena nad umysłowo chorymi (badania te dotyczą 250-ciu osób). Okazało się, iż w większości przypadków dementia praecox znajdowały się we krwi zaczyny ochronne (Schutz=Abwehrfermente) przeciwko gruczołom płciowym i korze mózgowej, niekiedy i przeciwko tarczycy: to znaczy, iż we krwi chorych krąży białko wspomnianych narządów. Twierdzenie, jakoby niektóre osobniki posiadały we krwi zaczyny, które wywołują objawy chorobowe, jest mylne. Sprawę tą należy rozumieć inaczej: tak zwana dysfunkcja narządów w sensie Abderhaldena polega na tem, iż narządy oddają krwi źle lub w niewłaściwy sposób rozszczepione białko. Białko to jest, jak stwierdził Abderhalden, obce krwi (blutfremd) i, jako takie, wytwarza zaczyn ochronny, obecność którego stwierdzić można pośrednio, mianowicie dzięki działaniu zaczynowemu zaczynu ochronnego na ścięte białko tkankowe. Jeśli więc dana surowica rozszczepia, za pomocą djalizy, odpowiednie białko tkankowe (naprz. białko jądra), wnioskować możemy, że zawiera ona zaczyn swoisty (przeciwko białku jądra). Zaczyn zaś wskazuje na obecność we krwi obcego jej białka tkankowego (w danym wypadku białka jądra).

W otępieniu wczesnem mamy do czynienia z dysfunkcją kory mózgowej, a przedewszystkiem z dysfunkcją gruczołów płciowych, dzięki której następuje, zdaniem Fausera, zatrucie kory mózgowej i, jako ciąg dalszy, dysfunkcja jej.

Godną uwagi jest swoistość płciowa: krew chorych mężczyzn rozszczepia tylko białko jądra, krew zaś kobiet tylko białko jajników. Wspomniane zaczyny znalazł autor dotychczas tylko w otępieniu wczesnem. Niektóre przypadki, które początkowo nie były zaliczone do dem. pr., a które dały pozytywny wynik reakcji Abderhaldena, potwierdziły w dalszym przebiegu

[1]) All. Zeit. f. Psych. 70 B., 5 H., 1913.

djagnozę serologiczną. W znacznej mniejszości przypadków dem. pr. nie znaleziony został zaczyn ochronny, właściwie czasami był, czasami zaś brak go było. F. przypuszcza, iż dysfunkcja nie zawsze jest stałą. W przypadkach końcowych cierpienia nie znajdywano również zaczynu—chodzi już wtedy o ustalone defekty. W większości przypadków bezwładu postępującego znajdywano zaczyn przeciwko korze mózgowej. Dwa przypadki daleko posuniętego cierpienia dały wynik ujemny; należy przypuszczać brak zdolności produkowania zaczynu. W kilku przypadkach znalazł F. zaczyny przeciwko nerce i wątrobie, co zgadza się z poglądem Kraepelina, który uważa bezwład postępujący za chorobę całego ustroju. Zdaniem F. we krwi krąży białko spiroch. pallida. W płynie mózgowo-rdzeniowym zaczynu nigdy nie wykryto.

W przypadkach histerji, psychozy maniakalno-depresyjnej i stanach psychotycznych nigdy nie znajdowano zaczynu przeciwko korze mózgowej, gruczołom płciowym i tarczycy. Wszelkie inne gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem nie wykazują również dysfunkcji w tak zw. chorobach czynnościowych. W przypadkach epilepsji i alkoholowych zaburzeń psychicznych — znajdywano zaczyn przeciwko mózgowi.

Odczyt ten wywołał na zjeździe ożywioną dyskusję:

Allers i Willige odnoszą się sceptycznie do wyników, jakie daje metoda Abderhaldena. Al. uważa, iż zaczyny nie są swoiste, że przypadki maniakalno-depresyjnej psychozy dają czasami wyniki pozytywne, pomimo, że badania są jaknajskrupulatniej przeprowadzone. Willige otrzymywał wyniki nie stałe: w kilku przypadkach p. p. surowica nie rozszczepiała kory mózgowej, inne zaś rozszczepiały rozmaite narządy: tarczycę, jądra. Kategoryczne wypowiedzenie się autor uważa za przedwczesne; próbą Abderhaldena nie można się powodować przy rozpoznaniu różniczkowem. Inni zaś, jak np. Bundschuh i Römer uważają, iż zastosowanie metody Abderhaldena przez Fausera ma doniosłe znaczenie dla psychiatrji; badania dały wyniki zgodne z wynikami F.: w dem. pr. prawie stale (15 razy na 20 przypadków) znajdywano rozszczepienie białka jądra i kory mózgowej; 1 przypadek dał rozszczepienie białka mózgu i tarczycy. W bezwładzie postępującym wyniki nie były stałe: surowica rozszczepiała białko jądra, tarczycy; 6 przyp. maniakalno. depres. psychozy i 4 osoby zdrowe nie dały żadnej pozytywnej reakcji.

Dalsze badania prowadzone w tym kierunku potwierdzają przeważnie wyniki Fausera. Mayer [1]) stwierdza dodatni wynik w dem. praec., ujemny w maniakalno-depresyjnej psychozie. W jednym przypadku psychozy Korsakowskiej znalazł M. za-

[1]) Münchn. Medizin. Wochensch. N. 37, 1913.

czyn ochronny przeciwko korze i wątrobie. Surowice paralityków dawały reakcję z korą mózgową, $^2/_3$—z jądrem i prawie wszystkie z wątrobą. W płynie mózgowo-rdzeniowym M. zaczynu nie znalazł. Autor uważa, że fermenty są ściśle swoiste i że metoda Abderhaldena może odegrać rolę rozstrzygającą w rozpoznaniu różniczkowym. Bayer[1]) otrzymał wyniki zgodne z Fauserem; metoda ma, jego zdaniem, znaczenie w przypadkach sądowych i symulacji.—Hussels[2]) znalazł w 5 przypadkach dem. pr., zarówno w hebephrenji jak i katatonji, stale reakcję z korą mózgową i gruczołami płciowymi, nigdy zaś z łożyskiem.

W 12 przypadkach porażenia postępującego stale reakcję z korą mózgową, 3 razy z jądrem i 2—z łożyskiem; ostatnią reakcję należy objaśnić nieodpowiednim przygotowaniem łożyska, które zawierało krew.

Theobald[3]) znalazł u paralityków w 71% reakcję surowicy z korą mózgową (badał 31 przypad.)

Kafka[4]) poddał badaniu 120 osób umysłowo-chorych i zdrowych. Surowica 17 osób zdrowych nie dała żadnej reakcji (badane były: mózg, rdzeń, tarczyca, jądra, jajniki, nadnercza, nerki, łożysko). W 3 tylko przypadkach surowica reagowała ze śledzioną, w 2-ch przypadkach stwierdzona była anemja, reakcję tą jednak należy przypisać złemu przygotowaniu śledziony. Przypadki otępienia wczesnego dały przeważnie te same wyniki, o jakich mówi Fauser; w 5-ciu przypadkach otrzymał Kafka rozszczepienie nadnercza. Z 8-iu przypadków bezwładu postępującego—7 dało reakcję dodatnią z korą mózgową; 1—zaś, który reakcji nie dał, był bardzo posunięty, tak że ustrój nie był w stanie prawdopodobnie wytworzyć zaczynu ochronnego. W 11 przypadkach padaczki znalezione były zaczyny ochronne przeciw korze mózgowej; nigdy przeciwko gruczołom płciowym.

2 przypadki idjotyzmu wykazały: jeden—zaczyny ochronne przeciwko korze mózgowej i tarczycy, drugi — przeciwko korze i nadnerczu. Przypadki imbecillitas i infantilismus nie dały żadnej reakcji.

Szereg nowych badań ogłosił w styczniowym numerze r. b. München. Medicin. Wochenschr. Wegener[5]) z kliniki w Jenie. Badania dotyczą 600 chorych (przeprowadzono 3000 badań). Każdy prawie przypadek był szczegółowo badany na wszystkie narządy (jądra, jajniki, mózg, nadnercze, rdzeń, nerwy, płuca, wątroba,

---

[1]) Münch. Mediz. Woch. N. 44, 1913.

[2]) Psych. neur. Woch. XV, 13, ref. Neur. Centr. N. 22, 13.

[3]) Medizin. Klinik N. 45, 13.

[4]) Zeit. für d. ges. Neur. u. Psych. XVIII, 3 H. 1913.

[5]) Wegener. Münch. Med. W. N. 1, 1914.

trzustka, grasica i tarczyca). Badania W. wykazały, że w przypadkach katatonji surowica stale dawała reakcję nie tylko z gruczołami, lecz i z tarczycą, w hebephrenji zaś nigdy reakcji tej nie było. Przy stwierdzonych klinicznie defektach psychicznych—zaczyny ochronne przeciwko korze mózgowej. Na tej zasadzie W. uważa za możliwe stawianie złego rokowania w przypadkach, które dają reakcję z korą mózgową. W psychozach maniakalno-depresyjnych ani razu nie były znalezione zaczyny. Dlatego też, zdaniem W., reakcja może oddać usługi w rozpoznaniu różniczkowem.

W przypadkach padaczki znajdował W. zaczyny ochronne przeciwko korze mózgowej, nawet w kilka dni po napadzie (6 dni).

(Fischer [1]) zaś znalazł w 16-tu badanych przypadkach tylko raz jeden reakcję dodatnią z korą mózgową).

Obecności zaczynu we krwi w międzyczasie między jednym napadem drgawkowym a drugim przypisuje Binswanger [2]), a z nim i W., doniosłe znaczenie. Próba dodatnia stwierdza cierpienie postępujące, natomiast ujemna wskazuje na to, że choroba nie spowodowała jeszcze zmian anatomicznych, że wyzdrowienie jest możliwe.

W 5-ciu przypadkach melancholji znalazł Wegener próbę dodatnią z wątrobą; w przypadkach tych na pierwszy plan występowały zaburzenia ze strony żołądka i kiszek; cierpienie psychiczne ustąpiło wraz z objawami zaburzeń kiszkowych; autor nawiązuje te przypadki do psychoz, opisanych przez Klippla i Mungera, powstających jakoby na tle chorób wątroby.

W przypadkach astenji W. widział rozszczepienie mięśni, w zapaleniu nerwów — rozszczepienie nerwów, w przypadkach z zanikiem mięśni—rozszczepienie tkanki mięśniowej.

W przypadkach bezwładu postępującego, kiły mózgowej i wiądu rdzenia—rozszczepienie kory mózgowej i rdzenia; nic swoistego dla każdego z tych rodzajów cierpienia autor nic stwierdził. W przypadku drżączki (paralysis agitans)—rozszczepienie kory mózgowej, tkanki nerwowej, rdzenia i mięśni.

Znaczenie metody Abderhaldena w psychiatrji daje się streścić w zdaniu Binswangera, z którym zgadza się przeważna liczba autorów: 1) nie należy tymczasem robić zbyt daleko idących wniosków co do rozpoznania i rokowania na zasadzie otrzymanych tą metodą wyników; 2) niezbędną jest sumienna dalsza obserwacja kliniczna, szczególnie w przypadkach, gdzie próba

---

1) Fischer. D. m. Woch. 44, 1913.

2) Binswanger. Münch. Med. Woch. N. 42, 1913.

wypadła ujemnie; należy również powtarzać badanie serologiczne w pewnych odstępach czasu; 3) ponieważ nie znamy związku chorobotwórczego pomiędzy procesami rozkładowemi w poszczególnych narządach a klinicznie stwierdzoną psychozą — nie może być mowy o jakichkolwiekbądź wnioskach, dotyczących leczenia. Dziś jedynie powiedzieć można, że w przypadkach, gdzie stale powtarza się rozszczepienie kory mózgowej, rokowanie jest złe.

A. Tarapaniówna.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

POSIEDZENIA NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNE.

POSIEDZENIE DN. 18 PAŹDZIERNIKA 1913 r.

I. JARECKI przedstawia 8-letnią dziewczynkę z oddziału d-ra Męczkowskiego. Chora skarży się na bóle głowy, zawroty, osłabienie wzroku, wymioty oraz trudność w chodzeniu. Choruje od lata roku zeszłego: już wtedy zaczęła się uskarżać na bóle głowy, umiejscowione w czole, z początku słabe potem coraz silniejsze. Bóle trwały zwykle niedługo, powtarzały się co kilka dni, czasem nie było ich i całe tygodnie. Powoli stawały się coraz silniejsze, częstsze i trwały dłużej. Obecnie są prawie stałe z częstemi nasileniami. W początkach choroby wymioty bywały prawie codziennie, później zdarzały się znacznie rzadziej, raz na kilka tygodni, choć trafia się czasem, że bywają co kilka dni. Wymiotuje przeważnie w rannych godzinach lub w nocy. Chwiejność w chodzeniu zauważono w domu mniej więcej od roku, kiedy zaczęła często upadać; ta chwiejność zwiększała się stale. Od kilku miesięcy zaczęła tracić wzrok, z tego powodu przestali ją rodzice uczyć, w ostatnich czasach nawet igły nawlec nie może. 2 miesiące temu, bawiąc na wsi, omdlała, miała wtedy cała zesztywnieć. 6 lat temu upadła na sztabę żelazną i rozcięła sobie czoło po stronie prawej. 6½ lat temu dostała niespodziewanie napadu, podczas którego cała zesztywniała, trwało to zaledwie kilka minut. Przechodziła odrę, jest skłonną do kaszlu i bólu gardła. Chodziła już nieźle w końcu pierwszego roku, mówić zaczęła w początku drugiego, zawsze była roztropną i rezolutną. Rodzice zdrowi, ojciec alkoholik, w rodzinie tak ojca jak i matki alkoholizm jest stały. Jest piątym dzieckiem z kolei; poród był prawidłowy, troje rodzeństwa umarło w niemowlęctwie.

Dziecko mizerne, nieźle odżywiane, błony śluzowe niedokrewne, gruczoły podszczękowe macalne, niebolesne, wymiary głowy zwiększone w stosunku do reszty ciała. W obu szczytach oddech zaostrzony. T.=92 małe, słabe; ton I serca głuchy, ton II na tętnicy głównej wzmożony. Rytm serca miarowy, nieco zbliżony do rytmu płodowego.

Głowa powiększona, graniasta, obwód wynosi 57 ctm., przy ostukiwaniu części ciemieniowej obustronnie wysłuchuje się odgłos pękniętego garnka. Wytrzeszcz obustronny, napięcie gałek wzmożone. Zamykanie i otwieranie powiek prawidłowe. Przy obserwowaniu zbliżającego się przedmiotu gałki nie zbiegają się (objaw Möbiusa).

Źrenice obie rozszerzone, prawa może nieco szersza. Oczopląs w bocznych, krańcowych ustawieniach gałek, wybitniej zaznaczony przy wejrzeniu w str. prawą. Wzrok w lewem oku znacznie osłabiony, odróżnia palce na odległości zaledwie 10 cmt., w prawem zachowany. Badanie dna oka (kol. Bein) wykazuje obustronny zanik nerwu wzrokowego pozastoinowy. Język wysunięty zbacza w stronę prawą. Chodzi z szeroko rozstawionemi nogami wolno i prędko, nawet może biegać, przyczem stale się zatacza i chwieje w obie strony. Siła ruchowa, ogólnie biorąc, zachowana, adiadokokineza prawostronna.

Objawy bezładu nieznaczne w prawej kończynie górnej, wybitne w obu dolnych. Odruchy żywe, prawy kolanowy wzmożony. Przy drażnieniu podeszwy prawej palce rozchodzą się wachlarzowato, objaw Babińskiego prawostronny nie zawsze wyraźny. Czucie zachowane.

Cały szereg objawów ogólnych i miejscowych jak bóle i zawroty głowy, wymioty, tarcza zastoinowa i zanik nerwu wzrokowego, oczopląs, bezład, chód pijanego, adiadokokineza upoważnia nas do postawienia rozpoznania nowotworu tylnej jamy czaszkowej, ściślej umiejscawiając, w móżdżku, wraz ze znacznym wodogłowiem wewnętrznym. Podobne objawy może dać i samo wodogłowie, ścisłe jednak różniczkowanie przedstawia wiele trudności; za nowotworem przemawia przebieg prędki bez wahań i zwolnień, tak częstych w wodogłowiu, objawy adiadokokinezy jednostronnej, oczopląs. Nowotwory płatów czołowych często mogą dawać objawy bezładu móżdżkowego, przyczem i tutaj różniczkowanie również jest b. trudnem, przeciw takiemu umiejscowieniu przemawia jednak brak zaburzeń psychicznych, brak porażeń, drgawek Jacksona oraz niedowidzenia połowiczego. W nowotworach wzgórka czworaczego mamy zwykle zajęcie pewnych nerwów czaszkowych tudzież zaburzenia słuchu.

Prawostronna adiadokokineza, oczopląs, wybitniej zaznaczony przy wejrzeniu w stronę prawą, przemawia za umiejscowieniem nowotworu przeważnie w prawej półkuli móżdżku. Jak wiadomo, prawie połowa wszystkich nowotworów mózgowia, spotykanych u dzieci, przypada na guzy serowate; w danym przypadku zmiany w szmerach oddechowych u szczytów, zwiększenie gruczołów podszczękowych, skłonność do kaszlu pozwalają nam przypuszczać, że mamy tu do czynienia również z guzem serowatym.

Biorąc pod uwagę, że sprawa postępuje, zdecydowani jesteśmy w danym przypadku na zabieg operacyjny.

(Streszczenie własne).

Gajkiewicz podnosi w danym przypadku znaczenie próby Barany'ego oraz próby skórnej.

II. H. HIGIER omawia a) Przypadek rzadkiej postaci zapalenia opon pneumokokkowego.

Młodzieniec 20-kilkoletni, z rodziny gruźliczej pochodzący, sam przed laty zajęciem wierzchołka płucnego dotknięty, w ciągu kilku dni zachorowuje bez wyraźnej przyczyny na bóle głowy, stopniowo wzmagające się. Już w 1-m tygodniu choroby stwierdza się wahanie ciepłoty między 37—38,5^0, dwojenie, lekki niedowład lewego n. odwodzącego gałkę. drętwość karku i objaw Kerniga. W 2-m tygodniu rozwija się na obu migdałkach szary, punkcikowaty nalot, który się okazuje czystą hodowlą pneumokokków, a na dnie oka z obu stron występuje nader wybitna tarcza zastoinowa z drobnemi wylewami krwotokowemi, rozlanemi także i na plamce żółtej, tak że obraz wziernikowy przypomina poniekąd neuroretinitis albuminurica przy absolutnie prawidłowym stanie moczu. W ciągu następnego tygodnia znikają zupełnie bóle głowy, objaw Kerniga i opisthotonus, a ciepłota wraca do normy tak dalece, że propozycja wykonania nakłucia lędźwiowego zostaje przez chorego i otoczenie stanowczo odrzuconą, Jedyne, co jeszcze w 7-ym tygodniu choroby wskazuje na przebyte cierpienie mózgowe, jest nieznaczny zez, krwotoczna tarcza zastoinowa i osłabienie wzroku lewego oka, absolutnie nie zmniejszające się od początku choroby.

Rozpoznając sprawę zapalną opon, Higier odrzuca jej tło gruźlicze i epidemiczne, a przypuszcza podłoże pneumokokkowe, za czem przemawia typowe zapalenie migdałków z hodowlą czysto pneumokokkową.

U demonstrowanego chorego zasługują na podkreślenie: 1) początek podostry, 2) angina pneumokokkowa w 2-im tygodniu choroby, 3) duża tarcza zastoinowa z cechą neuroretinitidis albuminuricae, 4) samopoczucie dobre przez cały czas choroby i 5) pomyślny przebieg, należący do rzadkich wyjątków przy meningitis pneumococcica. Niektóre z powyższych cech, zwłaszcza tarczę zastoinową i euforję notują Grober i Schlesinger.

Gajkiewicz jest zdania, że jedynym dowodem rozpoznawczym byłoby nakłucie lędźwiowe.

Flatau na podstawie własnych doświadczeń doszedł do wniosku, że zapalenie opon pneumokokkowe nie jest rzadkie, a dlatego bakterjologiczne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego w odnośnych przypadkach jest niezbędne. Należy jednak pamiętać, że badanie takie jest b. trudne, gdyż pneumokokki mogą zniknąć w płynie, aby potem znów się pojawić. Fl. przyłącza się do zdania Gajkiewicza i przypuszcza tutaj możliwość zajęcia opon surowiczego, nie mogąc uwierzyć, żeby po urazie głowy mogło się rozwinąć zapalenie opon pneumokokkowe.

Rotstadt podkreśla trudność odnajdywania pneumokokków w płynie mózgo-rdzeniowym. Zapalenie opon pneumokokkowe przebiega gwałtownie, z wysoką ciepłotą i zwykle kończy się per mortem, to też w danym wypadku rozpoznanie takie jest wątpliwe.

Endelman znajduje u chorego typowy neuritis albuminurica.

Higier sądzi, że rozpoznanie meningitidis epidemiczne jest mało prawdopodobne z wielu względów, zaś dyagnoza mening. serosae nie wiele tłomaczy patogenezę, tembardziej że brakło urazu, alkoholizmu, porażenia słonecznego, wzruszenia psychicznego i innych momentów etjologicznych tej mało wyjaśnionej postaci zapalenia opon. Mniej ciemną jest istota zapalenia opon pneumokokkowego, jeżeli się robi przypuszczenie, że w danym przypadku zarazek z jamy nosogardzielowej, np. z tonsilla Luschkae, szedł w obu kierunkach i ku górze i ku dołowi, przedostając się najpierw u góry przez lamina cribrosa do opon w bliskości nn. wzrokowych, mocno dotkniętych sprawą zapalną, następnie u dołu, wywołując po drodze swoistą anginę pneumokokkową, stwierdzoną bakterjologicznie. Ognisko pierwotne znajduje się bowiem tu i owdzie nie tylko w płucach, ale czasem w uchu, nosie i gardzieli. Prawdą jest, że pneumokokki znajdują się i w normalnej jamie ustnej, ale nigdy nie wywołują, jako takie, nalotu i nie dają zupełnie czystej hodowli. Brak istotnie danych nakłucia lędźwiowego, które nie zostało wykonane z powodu braku wskazań, a wreszcie nie dałoby nic pozytywnego pod względem bakterjologicznym po drugim tygodniu choroby, kiedy H. pierwszy raz konsultował pacjenta. Że neuroretinitis nie jest pochodzenia nerkowego w danym wypadku, dowodzą często powtarzane analizy moczu. Początek ostry, jak tego dowiedli Schlesinger i Grober, nie jest obowiązujący dla pneumokokkowego zapalenia i może on być udarowy, ostry i podostry, a zejście nie koniecznie śmiertelne. Jako leczenie H. stosuje w ostatnim okresie choroby resorbujące wysięk kąpiele solankowe.

b) Przypadek górnego porażenia splotu barkowego o patogenezie niezwykłej.

$5^1/_2$ tygodnia temu wóz, zajeżdżający z prawej strony, odepchnął chorego w stronę lewą, przyciskając lewe ramię pacjenta bardzo mocno — w jego średniej części – do płotu. Ucisk trwał od 10 do 15 minut, podczas których chory stał nieruchomo, oczekując przecinania płotu. Tuż po uwolnieniu kończyna była prawie zupełnie porażona, cała ręka zdrętwiała. Następnych dni ruchy dłoni były normalne, a uczucie drętwienia, które następnie zupełnie znikło, lokalizowało się wyłącznie na powierzchni grzbietowej 2-ch pierwszych palców. Kończyna w 1-m tygodniu pociła się obficie. W przebiegu widoczna jest stale postępująca poprawa.

Przy badaniu dokładnem stwierdzić się daje porażenie mięśni: deltoideus, biceps, brachialis internus i supinator longus, przyczem najbardziej dotknięty jest pierwszy, najmniej ostatni z wymienionych mięśni. Zanik wyraźny tychże mięśni, dający różnicę obwodu w górnej części ramienia około 3, w średniej jego części 2, a w górn. $^1/_3$ przedramienia około $1\frac{1}{2}$ ctm. Pobudliwość elektryczna punktu Erba znacznie osłabiona, wymienione mięśnie również znacznie gorzej się kurczą po stronie chorej zarówno prądem przerywanym jak stałym. W mięśniu naramiennym częściowy odczyn zwyrodnienia. Brak drgań włókienko-

wych i przedmiotowych zmian czuciowych. Radiogram nie wykazuje żadnych uszkodzeń kości i stawów.

Rozpoznając górny typ Erb-Duchenne'a porażenia splotu barkowego, powstający zwykle po ucisku lub urazie korzeni 5 i 6 odcinka rdzenia lub splotu między 1-m żebrem a obojczykiem i wyrostkami poprzecznemi kręgów szyjnych, Higier zastanawia się nad patogenezą tegoż cierpienia u danego chorego, u którego ucisk miał miejsce na obwodzie—w średniej części ramienia, gdzie już splot rozgałęził się na nn. obwodowe, a jeden z nerwów (n. axillaris) zdołał już w bliskości szyjki chirurgicznej kości ramieniowej opuścić sąsiednie nerwy, kierując się do swojego mięśnia naramiennego. Dowodziłby ten przypadek, że typ Erb-Duchenne'a powstać może nie tylko przy urazie korzeni i splotu ale też obwodu.

Gajkiewicz zapytuje się, czy nie było zmian czuciowych, jeśli nie było, trudno byłoby wyjaśnić zajęcie obwodowe, można byłoby wtedy przypuszczać wylew krwi do rdzenia.

Flatau nie zgadza się z uwagą Gajkiewicza, gdyż zajęcie tylko rogów przednich jest niepospolitą rzadkością, zwykle stwierdzamy przytem zajęcie i rogów tylnych. Tłomaczyć sobie całą sprawę można uciskiem, przyczem zgodnie z teorją Stoffla zajęte tu być mogą tylko niektóre pęczki nerwowe.

Higier w odpowiedzi oponentom nie uważa za możliwe przypuszczenie energicznych ruchów obronnych ramienia, przypartego mocno do płotu. Również nie uważa za prawdopodobne, wobec braku zaburzeń czuciowych, istnienie hematomyelii. Jest to wyłącznie sprawa obwodowa, dla której powstaje niewytłomaczoną a) elekcyjność włókien, naśladująca w zupełności cierpienie splotu barkowego według typu Duchenne-Erba i b) zajęcie n. axillaris, opuszczającego splot w górnej części ramienia, powyżej miejsca urazu. Co czasem potrafi wykonać anatom-chirurg, izolując mozolnie subtelnym nożem i precyzyjną elektrodą-igłą poszczególne tory w nerwie, w danym wypadku dokonały ślepe uderzenie, tępy uraz. Towarzyszące porażenie histeryczne, zapalenie nerwów wstępujące, diaschizę obwodową, różną odporność poszczególnych gałązek nerwowych i t. p. Higier uważa za problematyczne.

III STERLING przedstawił przypadek zmian odżywczych kości po przecięciu nerwu. Chory 31-letni mężczyzna w 1905 roku podczas wojny japońskiej otrzymał postrzał kulą w lewą kość udową w ten sposób, że kula przebiła okolicę poniżej trochanter major lewego uda, strzaskała kość, przeszła całe ciało wszerz i wyszła przez skórę w okolicy bocznej powierzchni górnej $1/3$ prawego uda, przebiła przytem pęcherz moczowy, tak że według słów chorego bezpośrednio po postrzale z miejsca wejścia kuli na lewem udzie wypływał mocz. Po postrzale podobno ruchy w udzie, kolanie i stopie były zachowane. W miesiąc potem dokonano w Moskwie operacji wyjęcia resztek kuli: podobno bezpośrednio po operacji wystąpiło porażenie prawej stopy i palców. 2 lata temu we-

dług słów chorego wystąpiły zmiany odżywcze lewej stopy i palców — w postaci obrzmienia i ran, które stale się potęgowały.

Objektywnie: wzrost średni, odżywianie mierne. Brak zmian w narządach wewnętrznych. Nerwy czaszkowe w porządku. Siła mięśniowa w kończynach górnych i w prawej dolnej normalna.

Na lewem udzie, na bocznej powierzchni, poniżej trochanter major widać zabliźniony otwór po ranie postrzałowej.

Cała lewa stopa i okolica stawu skokowego jest zgrubiała, obrzmiała—przyczem w zgrubieniu tem biorą udział nie tylko części miękkie ale i kości. U podstawy palucha widać głęboką, ropiejącą ranę. Ostatnie falangi IV i poczęści V palca wykazują defekty tkanki kostnej. Wybitne pocenie się lewej stopy, która jest zimna, sina i cyanotyczna.

Zdjęcie roentgenowskie (kol. Judt) wykazało defekty ostatniej falangi dużego palca lewej stopy, pozatem mniejsze defekty V i poczęści IV palca (również ostatnie falangi). Prócz tego kości falang wykazują wyświetlenie i odwapnienie. Miejsca braków kostnych są jakby oszlifowane.

Cała lewa kończyna dolna—udo, a zwłaszcza goleń są znacznie wychudzone i zwiotczałe.

Ruchy w stawie biodrowym i kolanowym są wyraźnie osłabione — zwłaszcza zginanie i odprowadzanie w udzie i zginanie w kolanie. Ruchy w stopie ku dołowi zachowane, ku górze zupełnie zniesione.

Przykurczenie w lewym stawie kolanowym, którego nie udaje się przemódz biernie.

Odruchy ścięgnowe z kończyn górnych umiarkowane, kolanowe oba żywe. Odruchy ze ścięgien Achillesa — prawy żywy, lewy=0. Odruch podeszwowy normalny. Odruchy brzuszne żywe.

Wyraźna hypalgezja na lewem udzie i prawie zupełna analgezja na lewej stopie za wyjątkiem powierzchni wewnętrznej (zajęta jest okolica n. n. peronei superf. et profundi), w okolicy n. sapheni odczuwanie normalne. W tych samych granicach hypotermia. Wybitne zaburzenie zmysłu mięśniowego we wszystkich palcach stóp.

Badanie elektryczne.,

	Farad.	Galvan.
N. peroneus dex.	65	4 MA : K7A
„ sin.	0	0
M. tibialis ant. dex.	85	2 MA : K7A
„ sin.	0	0
M. peron. long. dt.	75	2 MA K7A
„ sin.	0	0
M. extens. dig. com dex.	55	2 MA : K7A
„ sin.	0	0

	Farad.	Galvan.
N. tibialis dex.	80	9 MA : K>A skurcz szybk.
„ sin.	60	25 MA : K>A „ „
M. soleus dex.	65	15 MA : K>A „ „
„ sin.	60	50 MA K=A skurcz robaczkowy.

Mówca rozpoznaje w przypadku niniejszym uraz nervi peronei na skutek postrzału oraz częściowe obrażenie plexus cruralis oraz podnosi niezmiernie rzadki typ zaburzeń odżywczych kości na skutek przecięcia nerwu, które przypominają zmiany spostrzegane w chorobie Raynaud'a.

(Streszczenie własne).

Kopczyński Stan. zaleca krytycyzm w ocenie zaburzeń odżywczych przy uszkodzeniu nerwów obwodowych. Znieczulenie bowiem zupełne powierzchni skóry ułatwia w tych razach powstawanie ran i owrzodzeń, te zaś sprzyjają wnikaniu przez rany zarazków, wywołujących cierpienia zapalne i zniekształcenia stawów, zmiany w tkankach okołostawowych, rozrost tkanki łącznej i t. p. W danym przypadku trudno objaśnić przerost kości goleniowej uszkodzeniem i porażeniem jedynie nerwu strzałkowego.

Gajkiewicz przypomina doświadczenia Vulpiana, który przecinał zwierzętom niektóre nerwy na kończynach, w wyniku otrzymywał liczne zmiany odżywcze w kościach, stawach i skórze. Analogiczne przypadki kliniczne należą do rzadkości.

W odpowiedzi Kopczyńskiemu Sterling podkreśla, że w przypadku niniejszym rozpoznano nie tylko przecięcie nervi peronei, ale i częściowe obrażenie splotu biodrowego, stąd zmiany w ruchach w okolicy stawu biodrowego i kolanowego. Chodziło o podkreślenie nie zmian troficznych w kościach po przecięciu nerwu wogóle, ale o specjalnie rzadki typ tych zmian troficznych, przypominających chorobę Raynaud'a.

POSIEDZENIE DN. 8 LISTOPADA 1913 R.

I W. MĘCZKOWSKI przedstawił — przypadek rozszczepienia czucia z niezwykłemi zaburzeniami odżywczemi. 46-letnia K., żona gospodarza z pod Puław, dawniej zupełnie zdrowa, od czerwca r. b. zaczęła odczuwać w lewej kończynie górnej jakieś osłabienie, utrudnienie ruchu. Pracowała jeszcze w polu do września. W połowie października przy jakimś ruchu poczuła w lewem ramieniu lekki ból i chrzęst. Przy badaniu znaleziono: budowa prawidłowa, kręgosłup bez zmian; lewa kończyna górna znacznie grubsza od prawej (na 6—8 cmt.—pseudohypertrofia); ruchy w lewym stawie ramieniowym niezwykle ograniczone, ruchy w innych stawach tejże kończyny zachowane; główka lewej kości ramie-

niowej nie wyczuwa się, gruczoły szyjne z lewej strony, a zwłaszcza pod lewą pachą, znacznie powiększone (liczne, drobne, nie bolesne). Na barku i łopatce z lewej strony blizny: siedząc przy piecu poparzyła się, czego zupełnie nie czuła. Zresztą na kończynie i zwł. na palcach żadnych zmian odżywczych. W narządach wewnętrznych zmian niema. W układzie nerwowym: rozszczepienie czucia (dotykowe zachowane, bólowe i cieplne zniesione) na całej lewej kończynie górnej, na lewym policzku, lewej połowie głowy, na plecach z lewej strony do połowy łopatki i na piersiach do IV żebra; wzmożenie odruchów kolanowych i z Achillesa po stronie lewej; ruchy bierne w lewej nodze nieco spastyczne. Rentgenogram, wykonany przez kol. Drozdowicza, wykazał: na lewej kości ramieniowej zupełny brak główki (główka jakby odcięta); w okolicy stawu ślady niezrezorbowanej kości; nadto na 4-ym kręgu szyjnym występ kostny.

Rozpoznanie niezmiernie trudne—czy lymphosarcoma kończyny górnej z przerzutem na rdzeń, czy lymphosarcoma i niezależnie od tego syringomyelia czy też tylko syringomyelia. Przypuszczenie syringomyelii o tyle trudne, że brak tu zwykłych objawów tego cierpienia, a natomiast taka pseudohypertrophia z rozpuszczeniem wprost główki kości w syringomylii nie spotyka się. Przypuszczeniu samego tylko nowotworu również przeczy wiele faktów. Rozpoznanie przeto tymczasowe wątpliwe.*)

Gajkiewicz nie jest za mięsakiem, gdyż te ostatnie umiejscowione w kości i tkance podskórnej są b. bolesne. Przerzuty do rdzenia dałyby objawy uciskowe. Przy jamach w rdzeniu tego rodzaju zmiany odżywcze bywają. Należy zbadać naciek.

Bregman twierdzi, że tego rodzaju zaburzenia czucia może dać tylko syringomyelia, która często może dawać powikłania z nowotworami. Przerosty miejscowe zdarzają się; tak rozległy, jak tutaj, jest rzadkością niezwykłą.

Higier przypuszcza również podwójne cierpienie syringomyelii i nowotwór.

Drozdowicz nie spotkał jeszcze nigdy takiego przypadku, gdzie nowotwór mógł doprowadzić do rozpłynięcia się kości, co mamy u danej chorej.

W dyskusji Kopczyński Stanisław zaznacza, iż wobec powiększenia gruczołów limfatycznych w jamie nadobojczykowej i pachowej musimy przyjąć istnienie sprawy nowotworowej. Co się tyczy możliwości hydromyelji zastoinowej, symulującej syryngomyelję, to zdaniem K., w hydromyelji mamy zwykle obrzęk istoty szarej i rozszerzenie kanału centralnego rdzenia koncentryczne, a zaburzenia czucia idą pierścieniowato, dotycząc obu połów ciała, tu zaś zaburzenia czucia o charakterze syryngomyelitycznym stwierdzamy tylko na lewej połowie ciała.

---

*) Późniejszy przypisek referenta. Wycięto gruczoł do zbadania. Badanie, dokonane przez kol. M. Zielińską, wykazało zmiany zapalne, a nie nowotwór. Taki wynik przechylałby raczej rozpoznanie w kierunku syringomyelii.

Męczkowski nie przypuszcza możliwości istnienia dwu spraw chorobnych. O przerostach kończyn przy syringomyelii, o czem wspominał Higier, M. nie słyszał, jak również o obecności powiększonych gruczołów przy danej chorobie. Cała sprawa robi wrażenie jakiegoś przerostu wrzekomego. Zmiany w odruchach kończyn dolnych są jakoby wstępem do objawów rdzeniowych.

II KAROL APPEL wygłosił odczyt p. t. „Błędy językowe w mowie i piśmie, jako przedmiot badania psychologicznego."

Literatura psychologii mowy rozrosła się do takich rozmiarów, że coraz trudniej opanować całość przedmiotu. Psychologowie, lekarze, lingwiści w równej mierze przyczyniają się do wyjaśnienia istoty zjawisk językowych. Niestety, zasłużeni pracownicy z tych dziedzin zbyt mało obcują ze sobą, zbyt rzadko starają się poznać nawzajem swe prace. Zarzut ten przeciwko lekarzom świeżo podniósł niestrudzony badacz patologji mowy prof. Arnold Pick (z Pragi czeskiej) w książce, tylko co wydanej w Berlinie, jako zeszyt 7 „Monografji z dziedziny Neurologji i Psychiatrji", pod tytułem: „Die agrammatischen Sprachstörungen". Jest to część pierwsza dzieła, w którem autor zamierza uzasadnić nową teorją afazji.

Prof. A. Pick wychodzi z założenia, że zjawiska t. zw. „agramatyzmu", pojęte szerzej i głębiej, niż dotychczas, stanowią oś, około której obracają się wszystkie zboczenia mowy; w agramatyzmie też należy szukać klucza do właściwego ich zrozumienia. Osobiście prelegent bronił zawsze tezy analogicznej, że błędy językowe osobników są kluczem do zrozumienia ustalających się w społeczeństwie norm językowych; prelegent utrzymywał wręcz (i dziś to powtarza), że „wszelki nowotwór językowy z błędu i w błędzie poczęty jest..." („O rozwoju mowy i języków", w 2-giem wyd. „Świat i człowiek", z. III, str. 217). Wszystko, co w danej epoce w języku książkowym uchodzi za normę obowiązującą, wszystko, co przepisują gramatycy, było kiedyś błędem, potępianym przez nich, tolerowanym przez ogół, nie bez protestów... Oczywiście tylko pewna część tych błędów, podsuwanych przez konstelacje skojarzeń językowych, ustala się w użyciu, zyskuje prawa obywatelstwa w języku, jako nowotwory (neologizmy). Dotyczy to mianowicie tych nowotworów, które były bardziej sugestyjne, posiadały większą wartość wymienną w danem środowisku społecznem. („O stanowisku językoznawstwa", 1913. str. 13 i 44). Charakterystyczną cechą zwykłych błędów językowych jest zachowanie jednostek językowych, jako takich, zastąpienie ich przez inne, odpowiedniejsze (dla poczucia językowego osobnika); przeciwnie w zboczeniach mowy jednostki językowe zostają skażone nie do poznania, zamiast nowotworów otrzymujemy potwory. W sprawie „podzielności mowy" na jednostki lingwistyczne prelegent bronił tezy, że właściwą, stałą jednostką językową nie jest ani zdanie, ani wyraz, lecz zwrot (w rodzaju: bóg zapłać, szczęść boże, dzień dobry, dobra noc...). Krytykując panujące wśród lekarzy pojęcia o zjawis-

nienia z niedorozwojem pierwotnym móżdżku, czy też wtórnym na skutek spraw zapalnych w okresie życia śródmacicznego.

Bregman spostrzegał podobną grę ścięgien na stopie w przypadkach bezładu tabetycznego, gdy chory silił się stać spokojnie na jednem miejscu. Oprócz tego B. zwraca uwagę na to, że istnieje postać bezładu wrodzonego kończyn, która powstaje nie wskutek zmian w móżdżku, lecz w półkulach mózgowych, przyczem oczywiście naruszone są w pierwszej linii tory, biegnące od półkul mózgowych, zwł. od zrazów czołowych, ku móżdżkowi i jest to atakcyjna odmiana t. z. diplegiae cerebralis.

Higier nie wyłączyłby w danym przypadku i niedorozwoju mózgowia. Foerster opisał typ takiej inkoordynacji u dwojga dzieci pod nazwą diplegii astatyczno-ataktycznej. Autopsja wykazała stwardnienie symetryczne zwojów czołowych i całej drogi czołowo-mostowo-móżdżkowej.

Flatau zaznacza, że przy wiądzie powszechnie jest znane chwianie się, czego dotychczas nie spostrzegano przy asynergji. F. nie zalicza oczopląsu i braku odruchów kolanowych do objawów móżdżkowych. Według Binga jedynym pewnym objawem móżdżkowym jest bezład.

Rola móżdżku jest tylko kontrolująca i koordynacyjna, inne zaś objawy zależą od zmian w jądrach. Do wyraźnie móżdżkowych objawów należy zaliczyć jeszcze adiadokokinezję.

III. KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił przypadek żebra szyjnego (costa cervicalis).

Chora lat 17, panna, skarży się na bóle w obu rękach i w przedniej części klatki piersiowej, na osłabienie władzy w prawej ręce. Choroba ta rozpoczęła się przed 2 laty: najpierw zaczęła palić i drętwieć wewnętrzna powierzchnia prawego przedramienia, następnie palenie, bóle i drętwienia wystąpiły w okolicy prawego dużego palca i prawego wskaziciela. Już od roku zauważyła, że przy mocnem nachyleniu się głowy odczuwa bóle w szyi, a skoro przy myciu się rękoma uciskała przednią część szyi, zwłaszcza po stronie prawej, odczuwała silny ból; również od roku zaczęła jej schnąć prawa kiść, a od paru miesięcy doznaje palenia i bólów na wewnętrznej powierzchni lewego przedramienia.

Pochodzi z rodziny zdrowej. Wogóle była zdrowa. Urazom nie podlegała. Nie uważa się za nerwową.

Badanie przedmiotowe: Dziewczyna średniego wzrostu, umiarkowanej budowy, miernie odżywiana. Narządy wewnętrzne żadnych zmian nie wykazują. Na szyi, na kilka centymerów nad obojczykiem, po stronie prawej z przodu, widać lekkie wypuklenie, bolesne przy słabym ucisku. W tem miejscu łatwo wyczuwa się tętnienie tętnicy nadobojczykowej. Punkt ten, odpowiadający mniej więcej punktowi Erba, po stronie lewej jest mało bolesny przy ucisku. Sfera nerwowo-mięśniowa wykazuje zmiany jedynie w prawej kończynie górnej, a mianowicie: Na prawej kiści łatwo zauważyć można wybitny zanik mięśni kłębu kłębika i mięśni międzykostnych. Cała kiść na stronie dłoniowej spłaszczona, rozgięta w falangach podstawowych, zgięta w pierwszych dwóch (main

en griffes), ścięgna zginaczy palców wystają na dłoniowej powierzchni kiści, przedramię prawe na stronie dłoniowej zcieńczałe, siła ruchowa w prawej kiści wybitnie osłabiona: uścisk ręki słaby, przywodzenie dużego palca, przeciwstawianie palców, zwłaszcza IV i V, wybitnie osłabione, rozstawianie i zestawianie palców zwłaszcza III, IV i V prawie całkiem zniesione. Zginanie prawej kiści osłabione. Rozginanie palców i kiści, ruchy w przedramieniu i ramieniu zachowane w zupełności, choć dłuższy czas chora nie może utrzymać rąk w górze: mdleją jej. Siła ruchowa w lewej ręce i w obu dolnych kończynach zachowana. Odruchy na prawej kończynie z okostny słabsze, inne prawidłowe. Czucie na wewnętrznej powierzchni prawego przedramienia, w okolicy prawego palca dużego i prawego wskaziciela osłabione na dotyk i na ból. Badanie prądem elektryczności wykazało: Mięśnie porażone i zanikające na prawej kiści dają wyraźne zmiany w oddziaływaniu na prąd elektryczny: niektóre np. zginacze przedramienia, mięśnie kłębu i kłębika wykazują wybitne obniżenie oddziaływania na prąd elektryczny, np. m. flexor carpi ulnaris po stronie lewej kurczy się przy 5 MA, prawy zaś przy 10 MA; mięśnie robaczkowate i międzykostne wykazują wybitny odczyn zwyrodnienia: na prąd faradyczny nie oddziaływają wcale, na prąd zaś galwaniczny ze zmienioną formułą Az> kz, kurcz powolny.

Przy podniesieniu nagłem prawej ręki do góry tętna w tętnicy promieniowej prawej nie można wyczuć; w lewej tętnicy promieniowej w tej pozycji tętno wyczuwa się dobrze.

Przy rozpoznaniu różniczkowem mówca wyłączył zapalenie nerwów obwodowe, zakaźne, reumatyczne lub inne np. z zatrucia (powolny rozwój choroby, brak zajęcia dolnych kończyn, brak momentów etjologicznych, brak zmian w odruchach rzepkowych), wyłączył też postępujący zanik mięśniowy (obecność zaburzeń czucia) i przypuścił stopniowy ucisk przez anomalję rozwojową, a mianowicie przez t. zw. żebra szyjne.

Prześwietlanie promieniami Rentgena (dr. Skabowski) rozpoznanie to w zupełności potwierdziło. Na załączonej fotografji mówca pokazał dwa cienie kostne, wielkości przypuszczalnie 5—6 ctm., przylegające do 7-go kręgu szyjnego z tyłu i kończące się swobodnie ku przodowi. Prawe żebro szyjne okazuje się o 1 ctm. dłuższe, niż lewe.

Powołując się na prace polskich autorów o żebrze szyjnem (Barącza, Kadyjego, Kadera, Luxenburga i Rzętkowskiego, Flatau i Sawickiego), mówca dał ogólny opis anatomji żebra szyjnego (stosunek do kręgów, do I-go żebra grzbietowego, do mostka, do splotu ramieniowego, tętnicy i żyły podobojczykowej), dalej wspominał o częstości występowania tego zaburzenia rozwojowego (według Fischel'a u 1$^0/_0$ wszystkich trupów, według Flatau i Sawickiego 144 przypadków, opisanych dotąd klinicznie), następnie dał opis kliniczny tego cierpienia, rozróżniając objawy miejscowe (wypukłość, tętnienie), naczyniowe (sinica, tętnienie lub brak tętna) i nerwowe (bóle i porażenia wraz z zanikami mięśniowemi). W końcu podał wskazania do operacji, których do tej pory dokonano już kilkadziesiąt

(zbyt silne bóle, porażenia dolnej części splotu ramieniowego i sinica kończyny).

Fakt, że objawy kliniczne u danej chorej wystąpiły dopiero niedawno, co zresztą nieraz się spotyka, objaśnić należy zapewne zmienionemi stosunkami anatomicznemi wraz ze zwiększoną długością żeber: np. żebro szyjne lewe krótsze, oprócz nieznacznych sensacji bólowych, żadnych porażeń i zaników jeszcze nie dało.—Wobec porażeń, zaników i silnych bólów w prawej kiści, chora ma zalecony zabieg chirurgiczny.

(Streścił mówca).

IV. JAROSZYŃSKI omawia przypadek twardzieli skóry o niezwykłym przebiegu.

Chora l. 50, zamężna od l. 30; 1 dziecko zmarło na zapal. mózgu, pozatem 2 poronienia. Obecna choroba zaczęła się 10 lat temu, wkrótce po kikomiesięcznym pobycie wraz z mężem w namiocie na manewrach, gdzie sypiała w wilgoci. Mianowicie w ciągu kilku tygodni ręce stały się twarde jakby drewniane, woskowo-żółte; jednocześnie odczuwała drętwienie i mrowienie w palcach. Z początku stwardniały jej górne kończyny, w kilka miesięcy potem i dolne, wreszcie tułów i twarz. Całe ciało pokryte było zimną, twardą, lśniącą skórą, miejscami były plamy czerwonawo-brunatne. Kończyny pokurczyły się w stawach łokciowym i kolanowym oraz w palcach, tak że chora nie mogła chodzić, ani siadać na łóżku,—co trwało około 2 lat. Chora pamięta, że skóra nie dawała się ująć w fałdy i zupełnie nie pociła się; przy ukłuciu igłą krew nie szła; od uderzenia robiły się ranki na palcach, które się trudno goiły.—Leczyła się kąpielami, masażem, salicylem wewnątrz. Od 8 lat zaczęła się powolna poprawa z początku w dolnych, potem w górnych kończynach. Przykurczenia znikały, skóra stawała się bardziej miękka i odzyskiwała normalną barwę. Od 3 lat może pracować i nawet gra na fortepianie mimo silne przykurczenia we wszystkich palcach. Twardość pozostała jeszcze w dłoni i palcach. Od czasu choroby zauważyła, że ma wypukłe gałki oczne.

Badanie przedmiotowe. Tętno 86, dobrze wyczuwalne. Tony serca czyste. Narządy wewnętrzne bez zmian. Lekki exophtalmus. Niewielkie wole. Ręce małe—w dłoniach i palcach. Przykurczenia w 1—2 falandze we wszystkich palcach z wyjątkiem dużych obu rąk, pozatem w prawej kończynie górnej palce pokrzywione w 2—3 członku. Palce cieńsze od normalnych, stawy nieco zgrubiałe. Barwa kończyn normalnie cielista tylko do stawu napiąstkowego, odtąd odcień różowy silnie. Palce mocno różowe. Skóra dłoni i palców gładka, lśniąca, bez fałdek skórnych i bez włosków, twarda, nie daje się ująć w fałdy. Skóra miejscami z cieńczała, zanikła, mięśnie międzykostne zanikłe. Dłoń twarda — nie da się przegiąć, ani poruszyć w żadnym kierunku. Mięśnie kłębu i kłębika nie zanikłe. Stawy we wszystkich palcach, z wyjątkiem dużych, zgrubiałe (Trommelfinger). Ruchy czynne zachowane — ograniczone tylko wskutek przykurczeń. Pozatem kończyny bez zmian. Odruchy zachowane, prawidłowe. Czucie na wszelkie rodzaje dokładnie zachowane. Na rentgenogra-

mie (kol. Skabowski) wyraźne objawy zanikowe w kości, gdzieniegdzie niewielkie defekty kostne.

Mówca z całą stanowczością wyłącza w danym przypadku syryngomyelję wskutek braku zaburzeń czucia, zmian w odruchach, całego przebiegu cierpienia. Wyłącza również chorobę Raynaud'a ze względu na brak bolów, brak objawów asfiksji. Mówca opisuje pokrótce podobne cierpienia, jak dermatomyositis, akrodermatitis atrophicans, dermatitis chronica maculosa i rozpoznaje twardziel skóry (sclerodermia). Typowem dla twardzieli skóry jest w danym przypadku swoista twardość skóry, brak włosków skórnych, brak pocenia się, bólów, zaburzeń czucia. Skóra jest lśniąca, jak w sklerodermii, nie daje się ująć w fałdy, posiada specjalne zaburzenia z brunatnemi plamami. Wpływ zimna i wilgoci na powstanie choroby jest stale zaznaczony w przebiegu twardzieli skóry. Rozległość zaburzeń odżywczych jest rzadka, lecz również opisywana (maska sklerodermiczna na twarzy, zajęte bywają nawet śluzówki). Przykurczenia w policzkach są rzeczą zwykłą i pochodzą wskutek ograniczenia ruchów wtórnie. Mamy tu do czynienia z postacią sclorodermia diffusa (w odróżnieniu od innych postaci—sclerod. en bandes, en plaques, circumscripta i t. p.). Niezwykłym w danym przypadku jest przebieg cierpienia, mian. ostry początek, ciężkie objawy początkowe, stopniowa i wybitna poprawa. Kombinacja z objawami basedowizmu zaznaczana jest dość często i to by dawało wskazanie do opoterapji w danym przypadku (przeciwskazanie do podawania gruczołu tarczowego).

(Streszczenie własne).

Sekretarz Wł. Jarecki.

POSIEDZENIE DN. 6 GRUDNIA 1913 R.

I. W. MĘCZKOWSKI i SŁAWIŃSKI wygłaszają odczyt: o rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznem krwotoków wewnątrzczaszkowych.

Wobec bezskuteczności zabiegów leczniczych w krwotokach wewnątrzczaszkowych myśl szuka nowych dróg, a mianowicie usuwania wylewów na drodze chirurgicznej. Wylewy pourazowe już zupełnie weszły w zakres leczenia chirurgicznego i tu wyniki są b. dobre. I w razie krwotoków wewnątrz-mózgowych czynione są próby.

Męczkowski rozpatruje wszelkie wylewy do jamy czaszkowej, samoistne i urazowe, z wyłączeniem ran postrzałowych i otwartych złamań czaszki. Pod względem klinicznym krwotok posiada pewną samoistność t. j. w większości przynajmniej przypadków można orzec, że w danym razie zaszedł w jamie czaszkowej wylew. Po rozpatrzeniu następstw fizjologicznych krwotoku wewnątrz czaszki, M. dzieli je na oponowe i wewnątrzmózgowe. Podział oponowych na nad., podoponowe i podpajęczynowe pod względem klinicznym wyosobnić się nie da.

Ze względów leczniczych przedewszystkiem ważnem jest ścisłe roz-

poznanie i umiejscowienie. W tym celu naprzód niezbednem jest uwzględnienie czynników, w zależności od których występują wylewy oponowe i wewnątrzczaszkowe. Uwzględniając czynnik etjologiczny, dalej fizjologiczne następstwa krwotoku, polegające głównie na wystąpieniu nagłego wzmożenia ciśnienia i ostrego ucisku mózgu, a wreszcie objawy ogniskowe, zależne od miejsca wylewu, w większości przypadków można wylew różniczkować od licznego szeregu innych cierpień mózgu i wogóle ustalić fakt krwotoku wewnątrz czaszki. Następnie również w większości przypadków można ustalić, czy krwotok jest oponowy czy też wewnątrz-mózgowy. Natomiast rzadko tylko można odróżnić klinicznie krwotok nadoponowy od podoponowego.

W wylewach oponowych zabieg chirurgiczny (trepanacja) może dać usunięcie: 1) odłamów kostnych, uciskających korę, 2) wylewów krwawych nad lub pod oponą, uciskających korę mózgową; 3) zatamowanie dalszego krwotoku przez podwiązanie naczynia; 4) zmniejszenie ogólnego ciśnienia mózgu. Najważniejszem wskazaniem do zabiegu w wylewach oponowych są objawy podrażnienia: drgawki Jacksona, przykurczenia, sztywność. Inne objawy ogniskowe, jak np. zaburzenia ruchowe i czuciowie, aphasia, hemianopsia i t. p. mniejsze mają znaczenie, bo mogą one zależeć od nierównego drobnego krwawienia, gdzie może nastąpić samowyleczenie i którego chirurg opanować nie jest w stanie. Jeśli zaś objawy ogniskowe zależą od większego krwotoku, to wcześniej czy później objawy podraźnienia wystąpią i wtedy jest moment do zabiegu. Wyjątek stanowić mogą tylko te przypadki wylewów oponowych, gdzie przy braku objawów podrażnienia są ciężkie objawy ogólne i gdzie niebezpieczeństwo grozi życiu chorego: wtedy i w braku objawów podrażnienia jest wskazanie do zabiegu. Wskazania do zabiegów w krwotokach oponowych oparte są już na bogatym materjale klinicznym, który dostatecznie usprawiedliwia zabieg i potwierdza główne wskazanie.

Inaczej rzecz się ma w krwotokach wewnątrzmózgowych, w udarze. W tym względzie materjał kliniczny jest ubogi — o wnioskach ogólnych mówić przedwcześnie. W ciężkich przypadkach udaru, gdzie nie można liczyć na wessanie wylewu, przez zabieg możnaby usunąć wylaną krew, zapobiedz zniszczeniu otaczającej tkanki i ciężkim następstwom wylewu. Wyniki dotychczasowych prób w każdym razie nie mogą zniechęcać. Zejścia śmiertelne w większości przypadków zależały od wtórnych powikłań (zapalenie płuc) podobnie jak to było w początkach operowania nowotworów. Niebezpieczeństwa zabiegu nie są większe niż przy operacjach w innych sprawach mózgowych. Ponieważ w okresie prób trudno mówić o określonych wskazaniach, przeto naprzód właściwiej byłoby przedstawić przeciwwskazania. Tu należą: 1) lekkie przypadki udaru, gdzie można oczekiwać na samowyleczenie; 2) przypadki, w których wylew jest w okolicach niedostępnych dla chirurga—szypułka, most, rdzeń przedłużony; 3) ciężkie przypadki wylewu do komór; 4) liczne ogniska krwotoczne; 5) przypadki, gdzie krwotok powstał na tle cierpienia, warunkującego ogólny ciężki stan chorego (cierpienie nerek i serca).

Co się tyczy wkazań, to w dotychczasowych próbach upatrywano je w przypadkach udaru z porażeniem połowiczem, gdzie niema wylewu do komór i gdzie jest śpiączka bez tendencji do poprawy, powtóre zaś w przypadkach, gdzie wylew wystąpił w tkance podkorowej. Oprócz trepanacji i bezpośredniego przedostania się do ogniska krwotocznego należałoby mieć na względzie przekłucie komorowe Neisser—Pollacka—zabieg o wiele niewinniejszy, który może mieć ważne znaczenie nie tylko rozpoznawcze, lecz i lecznicze.

Obecnie, nie przesądzając jeszcze kwestji, możnaby powiedzieć, że metoda stosowania zabiegów chirurgicznych w krwotach wewnątrzmózgowych zasługuje na podjęcie prób w celu zdobycia doświadczenia i możności czynienia wniosków ogólnych.

Sławiński rozpatruje wskazania operacyjne w krwotokach mózgowych i podoponowych noworodków, pomijając zupełnie wylewy urazowe dorosłych.

Wylewy podoponowe stanowić mogą u noworodków podłoże późniejszych zmian (padaczkę, porażenia kurczowe, niedołęstwo umysłowe), pozatem w $^1/_3$ przypadków stanowią przyczynę zamartwicy porodowej. Źródłem krwotoku są najczęściej pewne dopływy żylne zatoki podłużnej, pękające wskutek przesuwania się wzajemnego kości ciemieniowych podczas porodu: wylew powstaje wówczas na półkulach. Pękać mogą i inne żyły, zwłaszcza przebiegające w namiocie, i wtedy krwiak zbiera się dokoła móżdżku, opuszki i na podstawie. Wynika stąd podział na wylewy pod—i nadnamiotowe (albo podstawy i półkul). Nowsze zestawienia sekcyjne wykrywają wylewy w 12% wszystkich sekcji noworodków.

W wylewach nadnamiotowych przeważają objawy padaczkowe, w podnamiotowych opuszkowe i rdzeniowe; objawy padaczkowe powstawać mogą w kilka godzin lub nawet dni po urodzeniu. S. przytacza z literatury opisy kilku operowanych przypadków: śmiertelność przekracza jeszcze 50%, i w spostrzeganym przez S. przypadku śmierć nastąpiła przed zgodą rodziców na operację. Nakłucie rdzeniowe dostarcza cennych danych rozpoznawczych i ma nawet wartość leczniczą w wylewach podoponowych i w krwiakach półkul, nakłucie ciemiączek nie zapewnia opróżnienia krwi skrzepłej ani jej nie wykrywa i dlatego zalecana jest przeważnie w tych razach trepanacja na brzegu ciemiączka.

Następnie S. przedstawia i uzasadnia próby leczenia operacyjnego udaru mózgowego. Wylew krwi do mózgu jest w tej sprawie zjawiskiem wtórnem, zależnem od schorzenia naczyń krwionośnych, pękających od nieznacznego nawet wzmożenia ciśnienia krwi. Źródło krwotoku uważać można za ustalone anatomicznie i topograficznie i krwiak zwykle jest pojedyńczy, wyraźnie ograniczony i umiejscowiony, co go upodobniło do guza. Przypuszczać wolno, że tkanka mózgowa nie zostaje zniszczona przez sam wylew, lecz raczej ulega zanikowi wskutek ucisku krwiaka; krwiak powoduje odczynowe zwiększenie płynu mózgowego oraz obrzęk mózgu i tym zjawiskom następczym przypisać należy wzmożenie ciśnienia więcej niż uciskowi samego tylko krwiaka. Anatomja patologiczna wymie-

nia inne, po za tętnicami, źródła krwotoku, mianowicie żyły (żylaki), zakrzepy żył w różnych sprawach chorobowych.

Dotychczasowe próby leczenia operacyjnego udaru mózgowego zapoczątkowane zostały, jak się zdaje, przez Cushinga i polegały na usunięciu krwiaków przez trepancję. Po nacięciu opony twardej wprowadzano igłę tępą w kierunku torebki wewnętrznej poprzez wierzchołek jednego z zawojów; po natrafieniu na skrzep rozszerzano drogę na tępo, a skrzep wyłaniał się sam przez się. Najtrudniejszą część zabiegu stanowi opanowanie wzmożonego ciśnienia i napięcia mózgu; ułatwia to sposób trepanacji Cushinga pod rozsuniętym tylko mięśniem skroniowym. Opracowane w ten sposób trzy wypadki zmarły wskutek powikłań płucnych, czwarty wyzdrowiał; w literaturze istnieją dwa nadto opisy zabiegu z zejściem pomyślnym w istotnym udarze mózgowym. S. przytacza inne opisy wylewów urazowych, błędnie za samoistne podanych (wśród nich mamy przypadek Stadelmana i Lewandowsky'ego Frankego). Metoda operacyjna nie jest jeszcze ustalona. Nakłucie mózgowe nie zawsze prowadzi do rozpoznania, może bowiem nie wykryć skrzepu, chyba że będzie zastosowane przed skrzepnięciem wylewu (przykłady).

Przekonanie o możliwości pomocy operacyjnej wytworzy z czasem uznanie jej potrzeby w pewnych przypadkach; częstsze operowanie przyczyni się do ustalenia wskazań, techniki i rozpoznania.

(Streścili mówcy).

Gajkiewicz jest zdania, że wyniki operacyjnego leczenia wylewów wewnątrzczaszkowych nie są szczególne i nadzieje na przyszłość co udoskonalenia techniki są małe. U nas zwykle udary mózgowe nie są operowane, co można tłomaczyć niezłymi wynikami postępowania konserwatywnego. Mówca nie godzi się z M. na porównanie krwiaków wewnątrzczaszkowych z nowotworami mózgu.

Bychowski sądzi, że porównanie pod względem klinicznym wylewów krwawych z nowotworami nie odpowiada istotnemu stanowi rzeczy. W nowotworach mózgu mamy do czynienia z cierpieniem stale postępującym i bezwzględnie śmiertelnym, wszelki rękoczyn mający minimalne nawet widoki jest już wskazany. W wylewach zaś pierwotne groźne ogólne objawy z biegiem czasu zwykle same ustępują. I miejscowe objawy (porażenia) też często wszak mają tendencję do stopniowej a nieraz i wybitnej poprawy, o ile się stosuje u takich chorych masaż, gimnastykę, elektryzację i t. p. Następnie nowotwór mózgu nie zawsze niszczy tkankę mózgową, przeważnie wywiera tylko ucisk, który z usunięciem nowotworu ustępuje (nowotwory w kącie między mostem a móżdżkiem, endoteliomaty twardej opony). Wylew krwawy zaś zawsze niszczy tkankę mózgową. Zresztą dobre wyniki, otrzymane przy usunięciu nowotworów, odnoszą się do takich nowotworów, które znajdują się na powierzchni mózgu albo bezpośrednio pod korą, tymczasem wylewy znajdują się przeważnie w takich okolicach, które wogóle są dla chirurga prawie nie dostępne.

Przy omawianiu nad — i podoponowych krwiaków prelegent nie wspomniał o tem, że przy podoponowych krwiakach zamiast zupełnie wolnego okresu istnieje raczej okres utajony, polegający na tem, że pac. nigdy nie jest zupełnie wolnym od niektórych objawów mózgowych (bóle głowy, nudności i t. p.)

(Streszczenie własne).

Higier nie uważa za słuszne zarzuty poprzednich mówców, nie zgadzających się zasadniczo na interwencję chirurgiczną z tego powodu, że chorzy-apoplektycy często leczą się samoistnie, podczas gdy chorzy nowotworowi giną nieodwołalnie bez operacji. Higier sądzi, że przedewszystkiem może być wskazany rękoczyn w przypadkach udaru nader ciężkich, prowadzących w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego. W tych razach zapobieganie ostremu wzmożeniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego mogłoby uchronić od niechybnej śmierci. Żałować jedynie należy, że o ile jest mowa o wylewach mózgowych, to, jak już dawniej Charcot dowiódł, wylewy w korze są zazwyczaj drobne, zaś w zwojach środkowych, zwłaszcza w torebce wewnętrznej, znaczne, czyli inaczej mówiąc, interwencja chirurgiczna tam głównie okazuje się potrzebną, gdzie jest nader trudną. Że głównie wskutek ucisku wzmożonego następuje śmierć oddechowa, dowodzą zwoje spłaszczone, brózdy zatarte, wodogłowie, falx przeciągnięta na przeciwną stronę i t. p. Inaczej rzecz się ma z wylewami oponowemi, które chirurg chętnie operuje, nie pytając, czy znajdują się one nad lub podoponowo, czy istotnie t. zw. okres utajony jest dłuższy w pierwszych, a krótszy w drugich, co zresztą, mimo zapewnień amerykańskich autorów, jest wielce zawodnem i nie daje się łatwo różniczkować. Różniczkowanie to jest tem trudniejsze, że objawy wstrząsu psychicznego (shock) i diaschizy przechodzą czasem bezpośrednio w t. zw. okres utajony i że się tu i owdzie zjawia t. zw. udar późny (Spätapoplexie Bollingera). Zresztą naogół jest operacja przy wylewie oponowym, zazwyczaj urazowym, o wiele łatwiejszą, gdyż miejsce urazu wskazuje miejsce operacji, osobnik jest nie stary, naczynia nie zmienione, wylew nie głęboki i przystęp łatwy. Zupełnie inaczej rzecz się ma z usuwaniem zakrzepu w okolicy torebki wewnętrznej u osobnika z układem naczynioniowym chorobowo zmienionym.

W sprawie zaburzeń pamięci amnésie retroantérograde przy wylewach oponowych, to Higier zwraca uwagę, że chirurgom są one dawno znane. Przed laty kilkunastu chirurg Gussenbauer, obejmując katedrę w Wiedniu, miał nawet ciekawą prelekcję wstępną: o zaburzeniach pamięci przy urazach czaszki. Czy ten objaw istotnie jest wielkiej wagi, trudno orzec, gdyż szkoła francuska, której między innymi Moebius hołduje, dowiodła, że obok wspomnianej amnezji organicznej, zależnej od drobnych wylewów krwawych, istnieje także amnezja histeryczna, towarzysząca urazom jako nerwica traumatyczna.

Bregman sądzi, że w przypadkach krwotoków oponowych nie należy przeceniać znaczenia napadów padaczkowych postaci Jacksonow-

skiej. Jeśli znajdujemy ograniczone porażenie jednej kończyny, lub zaburzenia mowy (aphasia) lub niedowidzenie połowicze (Hemianopsia), a objawy ogólne i przebieg cierpienia wskazują na krwotok oponowy, to objawy powyższe są wystarczające dla umiejscowienia sprawy i upoważniają do wykonania trepancji. Zwlekając z tą ostatnią, narażamy chorego na to, że objawy porażenia pozostaną na stałe.

Goldflam uważa, że pewną część zejść śmiertelnych w krwotokach mózgowych trzeba położyć na karb użycia środków podniecających (kamfora, kofeina) zamiast stosowania upustu krwi. Pod wpływem tych środków podtrzymuje się tylko sączenie ciągłe krwi w miejscu wylewu. Jedynie wskazanem jest obniżenie ciśnienia.

W. Męczkowski w odpowiedzi W. Gajkiewiczowi przeczy, by w ostatnich latach było głucho w literaturze o leczeniu chirurgicznem. W 1907 r. była mowa o tem na zjeździe Neurologów niemieckich, w 1910—11 i 12 był szereg prac, że wymienię prof. Frankego, Lhermitte'a, Iselina. Referent nie podziela optymizmu, jakoby w większości przypadków udaru było wyzdrowienie: samowyleczenie drogą wessania w małej względnie liczbie przypadków, w pewnej części przypadków śmierć, a najczęściej zmiany stałe, których ofiarą są rzesze kalek-paralityków. Ten właśnie fakt nakazuje szukać nowych dróg leczniczych. W odpowiedzi Z. Bychowskiemu zaznacza, że porównanie jego z nowotworem mózgu częściowo jest słuszne, bo istotnie nowotwór postępuje naprzód, lecz nie można powiedzieć, by zmiany po obfitym wylewie cofały się: przeciwnie, najczęściej objawy są b. trwałe. Czy po krwotoku zaraz następuje zniszczenie tkanki, M. zaznacza, że co do tego nic faktycznie nie wiemy. Zdania w tej sprawie są różnorodne—ścisłych faktów niema. I w ogóle w tej sprawie dużo jest luk. Np. nie wiemy, czy i jak prędko wylana krew krzepnie. W bardzo wielu przypadkach po wielu tygodniach znajdywano ciekłą krew. Można by mieć nadzieję, że zastosowanie zabiegów przyczyni się do wyświetlenia wielu niejasnych pytań patologji krwotoków mózgowych, podobnie jak to było w sprawie cierpień otrzewny.—W sprawie rozpoznawania wylewów nad — od podoponowych wolny okres stanowczo za kryterjum służyć nie może. Długość tego okresu za cechę różniczkową służyć nie może—na to się wszyscy zgadzają. Wbrew temu, co mówił Higier, niektórzy autorzy podnoszą, że właśnie w nadoponowych wolny okres bywa krótszy. W sprawie amnesia retrograda M. podnosi, że spotykał ją tylko w przypadkach wylewów oponowych, że wchodzi tu w grę niewątpliwie kora i że jest to zjawisko analogiczne do commotio cerebri, lecz na czem ono polega pod względem patologicznym ściśle nie wiadomo; sam wyraz shock nic nie mówi: używamy go dla zaspokojenia naszego sumienia naukowego i zakrycia naszej niewiedzy. Wbrew uwagom Goldflama M. oświadcza, że wzmożenie ciśnienia w naczyniach obwodowych po krwotokach mózgowych jest aktem samoobrony ze strony organizmu. Zgodnie z doświadczeniami Bergmana, Kochera, Cusching'a, Naynyna, badaniami Monakowa przy udarze skutkiem

ostrego ucisku mózgu i naczyń następuje w mózgu niedokrwistość (krwi tętniczej); prawidłowe krążenie napotyka przeszkodę ze strony ucisku; wtedy pod wpływem podrażnienia ośrodków naczynioruchowych następuje wzmożenie ciśnienia w tętnicach i krążenie przywraca się. Dla tego też wszelkie zabiegi, które, jak upust krwi, zdążają do zmniejszenia ciśnienia, nie mogą być wskazane. Pijawki na karku lub za uszami mogą mieć większe wskazanie, bo one przynajmniej ułatwiają odpływ żylny z czaszki.

Wł. Jarecki.

BIBLJOGRAFJA

Z. BYCHOWSKI. Choroba Heine-Medina (Poliomyelitis ant. acuta) w świetle spostrzeżeń i doświadczeń lat ostatnich. „Odczyty kliniczne" wydawane przez Redakcję Gazety Lekarskiej. 1912.

Choroba ta, znana nam dokładnie od klasycznego opisu niemieckiego lekarza Heinego, z przed 75 laty, nabrała smutnej aktualności po raz pierwszy w 80-ch latach ubiegłego stulecia, gdy półwysep Skandynawski zaalarmował Europę formalną epidemią ostro przebiegającej poliomyelitis, opisaną przez Medina. W jakie 15 lat później Wickman z Göteborga, rodak Medina, znowu opisał poważną epidemję, grasującą w Szwecji a liczącą ofiary na dziesiątki. W monografji Wickmana, stanowiącej dotychczas wzór sumiennych i ze znajomością rzeczy przeprowadzonych spostrzeżeń klinicznych i badań anatomo-patologicznych, spotykamy się po raz pierwszy w piśmiennictwie lekarskim z nazwą w nagłówku umieszczoną, nazwą, która się poniekąd w medycynie przyjęła. Prace Medina i Wickmana stanowią poniekąd słup graniczny, symbolizujący drugi etap w historji nauki o zapaleniu ostrym istoty szarej rdzenia. Z dalszych prac zasadniczych, decydujących o rozwoju nauki, zaznaczyć należy prace Moebiüsa i Strumpella, które w 80-ch latach pierwsze zwróciły uwagę na jednoczesne występowanie w rodzinie encephalitidis i poliomyelitidis oraz na podobieństwo anatomopatologiczne między zapaleniem szarej istoty rdzenia a kory i w ten sposób dokonały pierwszego wyłomu w murze, ściśle odgraniczającym dawniej znaną poliomyelitis od świeżo w piśmiennictwie lekarskim na gruzach przestarzałych prac Rokitansky'ego i Virchowa zrodzonej encephalitis acuta non purulenta. Stopniowo klinicyści zgodzili się z myślą, że jednocześnie z poliomyelitis, przebiegającą bądź to typowo z zupełnem porażeniem, bądź to w postaci poronnej z ledwie widocznym, przemijającym niedowładem, występują tu i owdzie zapalenia mózgu — nie opon jego—w postaci choroby Landry, zapalenia kory, szarej istoty pnia i t. d.

Gdy wobec powyższych danych nozograficznych (epidemiczność), klinicznych (przebieg ostry, gorączkowy) i anatomopatologicznych (rozlaność w szarej substancji mózgu i rdzenia), przemawiających poważnie za charakterem zakaźnym swoistego cierpienia,

zaczęto wytężać uwagę przedewszystkiem w kierunku zbadania jego z punktu widzenia ściśle bakterjologicznego, rozpoczął się etap 4-ty i ostatni, dotychczas jeszcze bynajmniej nie zakończony, a bodaj czy nie najciekawszy. Od skromnego i, dodajmy, błędnego spostrzenia F. Schultzego ziarenkowców w płynie mózgowo-rdzeniowym poliomyelityka doszliśmy w niespełna 12 lat do tego, że bliżej ustalono biologiczno-chemiczne cechy specyficzne zarazków, poznano niektórych roznosicieli jadu, przeszczepiono go ze skutkiem z człowieka na małpę i z małpy na małpę (Flexner, Levis, Landsteiner, Popper, Levaditti, Römer), odkryto drogi i wrota naturalne, któremi zarazek, nb. podobny do zarazka wścieklizny, dostawać się może do żywego ustroju, izolowano zarazek z śluzu noso-gardzielowego i kiszkowego, z zawartości jelit pewnych owadów domowych, zbadano epizootje poliomyelityczne wśród drobiu i trzody chlewnej, poprzedzające epidemię wśród ludzi, poznano poniekąd stosunek wzajemny epidemii poliomyelitycznej do drętwicy karku, występującej epidemicznie i t. d.

Odosobnienie zarazka w stanie czystym i łatwo przeszczepialnym będzie stanowiło niewątpliwie ostatni etap w historji Heine-Medina, — etap, który prawdopodobnie, sądząc z bardzo licznych prac laboratoryjnych ostatnich lat kilku w Europie, a zwłaszcza z gorączkowego zajęcia się tą sprawą naszych sąsiadów z za Oceanu, niedługo da na siebie czekać i ostatecznie uwieńczy dzieło, skromnie przez Heine'go poczęte.

Za mniej zasadnicze i znacznie skromniejszej wagi i drugorzędnego znaczenia uważałbym liczne monografje z lat ostatnich, pogłębiające z jednej strony nasze wiadomości kliniczne i semiotyczne, a z drugiej anatomo-patologiczne i terapeutyczne (Müllera, Schreibera, Vulpiusa i t. d.). Tu już mamy do czynienia ze sprawami dawno znanemi, przez poszczególnych autorów już kiedyś obserwowanemi, może nie tak obficie zilustrowanemi i tak przekonywająco na dużym faktycznym materjale potwierdzonemi. Nowych widnokręgów te liczne, skądinąd znakomite monografje, nie otwierają, o ile nie zechcemy uważać za coś zupełnie nowego np. opis wzmożenia odruchów ścięgnowych, objawu Babińskiego, drobne zmiany czucia lub zaburzenia pęcherza w semiotyce, typ polyneurytyczny, mózgowo-hemiplegiczny, oponowy, ataktyczny lub Landry w klasyfikacji cierpienia lub zastosowanie pewnych specjalnych rękoczynów ortopedycznych (Vulpiusa, Spitzy'ego, Stoffella) do leczenia skutków choroby. Również nowych horyzontów nie otwierają niektóre nowsze prace, stwierdzające za pomocą ściślejszych metod badania siedlisko pierwotnych zmian anatomicznych nie w naczyniach, lecz w korzeniach wielobiegunowych rogów przednich, słowem, w poj-

mowaniu patogenezy choroby zgodnie z dawną koncepcją szkoły Salpetriere i jej mistrza Charcota.

Nie ulega atoli najmniejszej wątpliwości, że zgodnie z nowym poglądem na epidemiologiczne stanowisko choroby zmieniły się nieco nasze poglądy na rokowanie, zapobieganie, na stanowisko szkoły, domu, władz państwowych i sanitarnych w razie wybuchu choroby, i że z czasem zmienią i poprawią się szanse leczniczo-profilaktyczne, o ile znajdziemy czysty zarazek i wytworzymy jakąś szczepionkę lub surowicę antipoliomyelityczną.

Kol. Bychowski, przestudjowawszy dokładnie całe piśmiennictwo przedmiotu, nader rozległe, a w ostatnich latach posiadające niezliczoną ilość prac klinicznych, anatomicznych i laboratoryjnych, opisujących poszczególne epidemje Europy i Ameryki, słusznie uważał za stosowne zaznajomić z nim ogół lekarzy, mało obznajmiony z tą sprawą, nader ważną już choćby z tego właśnie względu, że epidemia ta, nawiedzająca różne zakątki Starego i Nowego Świata, może w bliskiej przyszłości i nas nie ominie, o ile nas nb. już nie odwiedziła, jako gość niepostrzeżony, jako forpoczta wywiadowcza, czychająca na odpowiedniejsze dla siebie warunki metereologiczne lub jako mniej poważny zwiastun zbliżającej się burzy. B. podał też, temi zapewne względami kierując się, dosłownie szemat z r. 1907, obowiązujący w Nowym Jorku przy badaniu zbiorowym porażeń dziecięcych. Przyznać trzeba, że zadanie, jakie sobie w tym zakresie kol. B. postawił, wykonał bez zarzutu. Rzecz cała napisana zwięźle, czyta się łatwo i dla swojej aktualności, która, niestety, w naszym gorączkowo żyjącym wieku zbyt szybko przemijać zwykła, może być gorąco polecona każdemu lekarzowi praktykowi. Na niektóre drobne usterki zwracam mimochodem z obowiązku sprawozdawcy uwagę, w rodzaju nie wszędzie fortunnego rozkładu materjału, tu i owdzie nierównomiernego opracowania poszczególnych działów i zbytniego zatarcia pewnych rysunków i szematów, zaczerpniętych z Wickmana (str. 35) i Sattena (str. 4). Niepojętą jest wreszcie dla referenta niezwykła elekcyjność odnośnych prac polskich z 3-ch zaborów. Nie cytując żadnej pracy polskiej z danej dziedziny, do której istotnie nauka polska bardzo niewiele swojego wniosła, autor ryzykuje mniej, niż przytaczając jedną jedyną—i to kazuistyczną—a posiada ich piśmiennictwo nasze w dziedzinie poliomyelitidis i encephalopoliomyelitidis znacznie więcej.

H. Higier.

WYTYCZNE ORGANIZACJI SZPITALA DLA UMYSŁOWO-CHORYCH.

podał

Dr. med. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Obok czynników zewnętrznych, materjalnych: budowy, urządzeń technicznych, uposażenia pieniężnego i t. p., którym poświęciłem artykuł, drukowany w pierwszych numerach „Medycyny" r. p. oraz odczyt, wygłoszony na jednym z posiedzeń neurologiczno-psychjatrycznych Warsz. Tow. Lek., sprawa czynników wewnętrznych życia szpitalnego, prawidłowa ich organizacja, stanowi zagadnienie równej wagi, moim zdaniem nawet większej i im chciałbym poświęcić uwagi niniejsze.

Może istnieć i funkcjonować prawidłowo szpital, którego budowa jest przestarzała, który nie rozporządza tym bogatym zasobem urządzeń mechanicznych, jaki daje technika spółczesna, a jednak pod względem wydajności pracy, prawidłowości życia szpitalnego iść w pierwszym rzędzie szpitalnictwa spółczesnego, a nawet przodować niejednemu, który, zdobywszy w zupełności wszystkie warunki zewnętrzne, nie sprostał im pod względem wewnętrznym i wskutek tego nie dosięgnął tych szczytów, na których miał stanąć dzięki osiągniętej doskonałości materjalnej. Jako przykład posłużyć może szpital w Dösen pod Lipskiem, szpital stary, zbudowany według przestarzałych wzorów, a jednak najzupełniej współczesny pod względem życia wewnętrznego dzięki prawidłowej organizacji tego życia, dzięki dociągnięciu go do wzorów, jakie stawiać sobie powinna psychjatrja spółczesna.

Organizacji tych czyników wewnętrznych poświęcam artykuł niniejszy; myśli własne pod tym względem podaję pod ocenę czytelników „Neurologji Polskiej" w nadziei, że przyczynią się one do wywołania dyskusji i żywszej wymiany poglądów. które pozwolą na wykreślenie rzeczywistych wytycznych drogowskazów postępowania w sprawie pierwszorzędnej wagi pod względem znaczenia psychjatrycznego w ogólności i przytym aktualnej wobec bliskości wprowadzenia u nas samorządu miejskiego i wiejskiego, kiedy sprawa budowy i organizacji szpitalnictwa psychjatrycznego w kraju wejdzie na porządek dzienny naszych spraw

społecznych, a zagadnienia, związane z organizacją pomocy dla umysłowo chorych, teoretyczne i oderwane dzisiaj, jutro staną się praktycznemi i konkretnemi.

Nie będąc w stanie wyczerpać, a nawet poruszyć całokształtu zagadnień, związanych z prawidłową organizacją życia spitalnego, zmuszony jestem ograniczyć się tylko do poruszenia niektórych z tych zagadnień—najważniejszych i najbardziej spornych, które nastręczają wątpliwości i winny być w dyskusji wyświetlone i ustalone.

Najpierwszym z nich jest organizacja Zarządu szpitala — czy ma ona być zbiorowa czy jednostkowa.

Władza powinna być jednostkowa—skupiona w osobie dyrektora, który ześrodkowuje w sobie rządy leczniczą i administracyjną częścią szpitala — jest jego dyrektorem lekarskim i administracyjnym—ale Zarząd powinien być zbiorowy, uczestniczyć w nim winni ordynatorzy, intendent i starsza pielęgniarka. W ten sposób osiągnie się jednolitość postępowania i możność wyzyskania doświadczenia i uzdolnień wszystkich członków Zarządu. Dodatnie strony absolutyzmu i ustroju konstytucyjnego dadzą się w ten sposób zastosować do organizacji szpitala; nie będzie rozbieżności i nie dających się pogodzić ze sobą sprzeczności w czynach zarządu, a osiągnie się jednocześnie maximum trafności jego decyzji, bo sprawdzonych i krytycznie prześwietlonych przez zbiorowy udział kompetentnych, doświadczonych i oddanych szpitalowi spółczynników jego życia, przez wzajemną wymianę zdań, dzięki czemu i materjał do wnioskowania będzie bogatszy i same wnioski okażą się bliższemi prawdy. Jest to forma trudna, znacznie trudniejsza od formy zarządu jednostkowego, ale niewątpliwie wyższa i doskonalsza. Do urzeczywistnienia swego wymaga ona pewnego poziomu kultury obyczajowej jego uczestników, o którą nie zawsze łatwo, a którą wogólności lekceważy się i zaniedbuje, ceniąc ją niżej od kultury umysłowej, z którą przecież nie pozostaje ona w żadnej sprzeczności, którą winna uzupełniać, jeżeli kultura umysłowa niema zejść na bezdroża i wyjałowieć, bo tylko w łączności obu postaci kultury: obyczajowej i umysłowej osiąga człowiek całkowitą, rozwojową pełnię. Warunki życia, w ogólności opartego na zasadzie wyłącznie tylko spółzawodnictwa bez ograniczającej ją zasady spółdziałania, małe wyszkolenie w dziedzinie umiejętności podejmowania pracy zbiorowej, wadliwe warunki szkolne, które nie rozwijały dostatecznie koleżeństwa, poczucia solidarności i przynależności do jednego zbiorowego ciała, brak w naszym życiu uniwersyteckim urządzeń korporacyjnych, dalej szczególnie trudne warunki życia naszego, niestałość tych warunków, niepewność jutra, ograniczenia polityczne i t. d., zaostrzające w sposób znaczny i posuwające do granic brutalnych walkę o byt,—wszystko

to razem składa się na to, że, zabiegając skutecznie o kulturę umysłową, zupełnie lekceważymy kulturę obyczajową i to mści się w sposób niesłychanie dotkliwy na naszym życiu zbiorowym. Wszelka praca wspólna, życie w zrzeszeniach jest u nas znacznie trudniejsze niż gdzieindziej i dlatego i wydajność naszej pracy w stosunku do nakładu sił jest znacznie mniejsza.

Dlatego, uważając, że w szpitalu, urządzonym na modłę spółczesną, zarząd powinien być zbiorowy a nie jednostkowy, sądzę, iż w myśl założeń powyższych, jego członkom powinny być postawione wymagania, któreby umożliwiły utrzymanie instytucji na tym poziomie, jaki stawiają wymagania kultury współczesnej. Spełnienie tego warunku jest konieczne, jeżeli szpital rzeczywiście a nie pozornie ma być szpitalem o wyższym poziomie rozwoju.

Skład zarządu, jak zaznaczyłem powyżej, powinien być następujący: dyrektor, ordynatorzy, intendent i starsza pielęgniarka. Przewodniczy zarządowi dyrektor — ale odpowiedzialność w prowadzeniu szpitala dzieli on z pozostałemi członkami — wszyscy ponoszą odpowiedzialność łączną w czynności zarządu. Chciałbym mocno podkreślić tę stronę sprawy, że uczestnictwo w zarządzie jest czynną współpracą i współodpowiedzialnością, należy do regulaminowo przewidzianych obowiązków każdego. Posiedzenia zarządu posiadają charakter instytucji stałej, odbywają się systemacznie, najlepiej codziennie, w godzinach oznaczonych, prowadzony jest protokuł posiedzeń, w którym nietylko zapisywane są uchwały, ale i streszczenie dyskusji. Każdy z uczestników ma prawo zapisania swego votum separatum, które nie może być uważane za jakiś akt wrogi względem dyrektora lub kolegów, ale jako konieczny warunek zabezpieczenia istotnej wolności obrad i zapewnienie nieodpowiedzialności za uchwały, zapadłe wbrew zapatrywaniom tego, który votum separatum zgłasza. Votum separatum członków nie pociąga za sobą powstrzymania wykonania uchwały, natomiast votum separatum dyrektora posiada ten skutek, że dyrektor może zawiesić wprowadzenie w czyn uchwały większości, jeżeli uchwała ta jest niezgodna z jego zapatrywaniem; uchwała wraz z votum separatum idzie na sąd instancji wyższej i ta orzeka ostatecznie—po czyjej stronie jest słuszność; jej wyrokowi winni poddać się dyrektor resp. większość zarządu. Dyrektor jako przewodniczący, powinien zabiegać o to, ażeby dyskusja na posiedzeniu była możliwie najbardziej wyczerpująca, wszystkie strony sprawy uległy prześwietleniu, dążyć do tego, ażeby uchwały zapadały jednomyślnie i tylko w razie stwierdzenia nie dających się pogodzić ze sobą sprzeczności w poglądach, uciekać się w ostateczności do głosowania dla stwierdzenia jaki pogląd znajduje uznanie większości w zarządzie. Członkowie powinni

szczerze i otwarcie wypowiadać swe zapatrywania, nie unikać wygłaszania zdania niezgodnego z myślą ogólną, jeżeli zdanie to posiada wartość pewną i może przyczynić się do wyświetlenia pewnej strony zagadnienia.

Stosunek wzajemnego zaufania powinien stanowić podstawę działalności zarządu. Dyrektor powinien pamiętać, że jest tylko primus inter pares w stosunku do pozostałych członków, którzy dzielą z nim razem odpowiedzialność za prawidłowość życia szpitalnego, powinien jednak zabiegać o to, ażeby myśl jego znalazła uznanie ogólne, wytrzymała krytykę i ostała się wobec niej, nie upierając się przy swojem zdaniu w obawie utraty autorytetu. Z drugiej strony członkowie zarządu powinni rządzić się zasadą lojalności względem dyrektora, nie uważać go za rywala, lecz za doświadczeńszego kolegę swego, z którym są powołani spółpracować, a nie spółzawodniczyć, tym więcej, iż jakkolwiek oni odpowiedzialność za cały szpital dzielą z nim, to jednakże na niego spada największa część tej odpowiedzialności wobec władz i opinji publicznej.

P r a c ę l e k a r s k ą rozumiałbym zorganizowaną na podstawie założeń następujących, przyczem za konkretny punkt wyjścia biorę projektowany szpital miejski pod Warszawą, złożony z oddziałów: obserwacyjnego, niespokojnych, infirmerji ze szpitalikiem, półspokojnych, spokojnych drzwi zamkniętych, spokojnych drzwi otwartych (fermy) wraz z organizacją opieki rodzinnej w szpitalu i po za nim. Dyrektor żadnego oddziału nie prowadzi, sprawuje nadzór zwierzchni nad całym szpitalem. Oddziałami zarządzają ordynatorzy; oddziały są duże, każdy ordynator ma pod sobą kilkuset chorych. Dzielą się pracą w sposób następujący: jeden ordynator zarządza męską połową zamkniętej części szpitala t. j. pawilonami: obserwacyjnym, niespokojnym, infirmerją, półspokojnym i spokojnym drzwi zamkniętych, drugi taką samą połową kobiecą—to znaczy, że każdy z nich ma pod sobą 235 łóżek, a w zupełnie rozwiniętym szpitalu nawet 285; trzeci ordynator zarządza całą otwartą częścią szpitala—do niego należą wszystkie pawilony drzwi otwartych obu płci oraz cała troska o prawidłową opiekę rodzinną zarówno na terytorjum szpitalnym jak i po za nim, w okolicznych wsiach i osadach, to znaczy, że odrazu ma pod sobą chorych liczbę większą, niż jego koledzy i że liczba ta wzrasta w miarę rozwoju szpitala do 400 miejsc stałych i całego rosnącego wciąż wstępu chorych, pozostających pod opieką rodzinną, przyczym o rozwój tego zastępu winien on zabiegać w sposób energiczny, widząc w tym najpewniejszy środek ewakuacji chorych szpitalnych i tworzenia w ten sposób wolnych miejsc dla nowych chorych. Każdy z ordynatorów ma sobie dodanych do pomocy dwóch asystentów — przyczym przynajmniej jednym

z nich powinna być kobieta. Ordynatorzy mieszkają oddzielnie, prowadzą gospodarstwa własne; asystenci mieszkają razem np. w budynku administracyjnym i otrzymują całkowite utrzymanie i zaopatrzenie swych potrzeb (opranie, usługę i t. d.) od szpitala. Asystenci powinni być nieżonaci resp. asystentki niezamężne. Jest to wymaganie, powiedzą może niektórzy, zresztą niesłusznie, niehumanitarne, ale konieczne, jeśli życie w szpitalu ma prawidłowym płynąć łożyskiem.

Asystentura to rzecz przejściowa, asystenci bawią w szpitalu zwykle krótko, przechodzą prędko na ordynatorów samodzielnych, celibat przymusowy jest zatem tylko sprawą krótkotrwałego okresu ich życia i nie stworzy im większej krzywdy; muszą oni w interesie i dla pożytku sprawy ogólnej odsunąć perspektywę rozkoszy życia rodzinnego na czas, kiedy staną na bardziej niezależnym stanowisku.

Ważnym spółczynnikiem prawidłowej organizacji spółczesnego szpitala jest właściwa organizacja jego pracy naukowej. Byłoby to powtarzaniem dawno stwierdzonych truizmów, gdybym chciał na tym miejscu uzasadniać potrzebę pracy naukowej w szpitalu i stwierdzać jej znaczenie dla pomyślnego rozwoju prawidłowego lecznictwa. Nauka przestała być oddawna jakimś epiphenomenon, zjawiskiem dodatkowym w życiu szpitalnym, oddawna stała się koniecznym i zasadniczym czynnikiem tego życia. Jest rzeczą dla każdego oczywistą, że bez pracowni i bez naukowo przygotowanych pracowników nie będzie ani prawidłowego rozpoznania chorób ani ich właściwego leczenia. Badania naukowe obecnie to konieczny składnik leczenia — to jedna, niewątpliwie najważniejsza, z jego metod; dawna rozbieżność pomiędzy teorją i praktyką, pomiędzy nauką a sztuką leczenia znikła ostatecznie. Żadna intuicja, żaden talent nie zastąpi wiedzy opartej na podstawach ścisłych, żaden lekarz nie postawi rozpoznania i nie będzie mógł leczyć bez całego, drobiazgowego aparatu poszukiwań wstępnych i następczych, dokonanych w pracowniach metodami ścisłemi. Dzieje się tak ze wszystkiemi innemi szpitalami, szpital dla umysłowo chorych nie stanowi pod tym względem żadnego wyjątku.

Nie będę dlatego uzasadniał na tym miejscu potrzeby urządzenia w szpitalu pracowni badań patologiczno-anatomicznych, chemicznych, bakterjologicznych i hematologicznych, bo uważam potrzebę tę za przesądzoną, ale chciałbym zwrócić uwagę na sprawę, która u nas nie jest jeszcze dostatecznie uznaną i uwzględnioną, a mianowicie, że oprócz ordynatorów i asystentów w szpitalu powinni być, że tak powiem, technicy naukowi — anatomowie, chemicy, bakterjolodzy i t. d., którzyby wyłącznie byli zajęci naukowym badaniem szpitalnego materjału bez obowiązkowej pracy oddziałowej. A jednakże tylko w ten sposób ta spra-

wa może być rozwiązana i bez takiego radykalnego jej rostrzygnięcia wydajność pracy naszych szpitali będzie znacznie upośledzona. Czytałem niedawno opis chirurgicznej lecznicy prywatnej braci Mayo, dwóch znakomitych chirurgów amerykańskich w Rochester, gdzie na 8-iu chirurgów czynnych przy operacjach, jest czterdziestu kilku pracowników naukowych, bezpośrednio z lecznicą chorych niezwiązanych, a tylko przygotowujących materjał rozpoznawczy, który pozwala lekarzom w sposób ścisły stawiać rozpoznania, potwierdzać je i sprawdzać. Widocznie naukowe badanie posiada wartość praktyczną, jeżeli prywatna lecznica stwarza sobie taki bogaty naukowy aparat ludzki — lecznica, nie będąca ani kliniką uniwersytecką, ani żadną przez ogół subwencjonowaną instytucją wzorową, lecz instytucją, stawiającą sobie wyłącznie zadania praktyczne, zwykłym warsztatem pracy dwóch lekarzy o wielkim poczuciu odpowiedzialności za swe czynności i świadomych, że wiedza spółczesna daje nam możność podjęcia tej odpowiedzialności w całej pełni. Oczywiście byłoby rzeczą przedwczesną żądać od Magistratu Warszawskiego, ażeby poszedł drogą, wskazaną przez braci Mayo i przyjął ich metodę za podstawę przy obliczaniu potrzebnej każdemu szpitalowi ilości pracowni i posad badaczy naukowych, ale uważam za rzecz konieczną, ażeby przy każdym projekcie nowego szpitala jednocześnie z całym projektem była traktowana sprawa urządzenia w szpitalu pracowni naukowych i stworzenia posad pracowników, bez czego „spółczesność" szpitala będzie tylko pozorną.

Powinien wytworzyć się osobny typ pracowników naukowych szpitalnych, powinna powstać w tym zakresie oddzielna specjalizacja. W szpitalu dla umysłowo chorych takim pracownikiem naukowym powinien być przedewszystkiem neurolog, dobrze wyszkolony teoretycznie i praktycznie, obeznany z całym obszarem wiedzy neurologicznej, który następczo zająłby się opracowaniem jednej z dziedzin naukowej pracy pracownianej i w niej się wyspecjalizował. Sądzę, że tylko tak przygotowany patolog-anatom, czy chemik, czy hematolog będzie odpowiednim pracownikiem pracowni szpitalnej. Pod nim, korzystając z jego rad i wskazówek, pracowaliby ordynatorzy i asystenci.

Pracownik naukowy resp. pracownicy naukowi ponoszą odpowiedzialność za naukowe wyzyskanie materjału szpitalnego; ordynatorzy i asystenci są i powinni być ich współpracownikami w tej mierze, ale troska o poziom naukowy i wydajność pracowni naukowych winna być ich pracowników naukowych wyłącznym udziałem. Ten podział pracy i odpowiedzialność najdoskonalej zapewnia prawidłowość organizacji życia szpitalnego; stanowisko i uposażenie pracownika naukowego powinno być równe i równoznaczne ze stanowiskiem ordynatora oddziałowego.

Organizacja zbiorowego życia chorych w szpitalu stanowi dziedzinę dotychczas u nas zapoznawaną, traktowaną tylko dorywczo i to tylko przez niektórych ordynatorów. Dziedzina to niezmiernie ważna w zakresie ogólnej organizacji szpitala dla umysłowo chorych, która w rozwoju szpitalnictwa spółczesnego wyrasta do tego poziomu, że może być i powinna metodycznie traktowana. Stanowi ją organizacja pracy i rozrywek chorych, a ważność jej wynika ze znaczenia, które daje uspołecznienie, wychowawczy wpływ, wywierany na jednostkę przez spółżyćie z innemi. Jest to sprawa najściślej związana z leczeniem chorych, wprost w niem zawarta, stąd i konieczność uwzględniania jej przy prawidłowej organizacji życia szpitalnego. Nikt z psychjatrów spółczesnych nie traktuje warsztatów pracy lub domu zabaw jako zjawiska dodatkowe i uboczne w życiu szpitalnem, lecz widzi w nich składniki zasadnicze tego życia. W warunkach społecznego obcowania kształtuje się i tworzy jaźń ludzka, zasada avant l'homme est la societé, to przedewszystkiem zasada psychologiczna, a dopiero w drugim rzędzie socjologiczna. Pozatym wychowawcze znaczenie przykładu, odegrywające tak wielką rolę w pedagogice, niemniejsze posiada znaczenie i w psychjatrji. Dlatego psychjatra spółczesny tak zabiega o zbudowanie w szpitalu oddzielnego domu zabaw, warsztatów pracy rzemieślniczej, o stworzenie w szpitalach specjalnych posad nauczycielskich pracy warsztatowej. Szczególniej położyłbym silny nacisk na zastosowanie slöjdu oraz na podjęcie prób zastosowania gimnastyki rytmicznej, które tak dobre dały wyniki w dziedzinie wychowania przedszkolnego. Slöjd to rzemiosło sprowadzone do elementarnych granic, do rozmiarów, dostępnych dla słabych rąk i nierozwiniętych umysłów—a więc właśnie do warunków życia umysłowo-chorego. Stosuje się je już w niedostatecznej jeszcze mierze w niektórych szpitalach, trzeba zakres jego zastosowania rozszerzyć, wskazania metodycznie opracować, unormować stopnie umysłowego wysiłku, stosowanego przy każdej jego postaci i wytworzyć z niego metodę psychjatrycznego leczenia, równoznaczną z innemi leczniczemi zabiegami. Do pewnej części chorych da się zapewne zastosować gimnastyka rytmiczna, obecnie stosunkowo mało jeszcze rozpowszechniona, ale jak się zdaje metoda bardzo cenna i sięgająca najgłębszych dziedzin biologicznych życia osobniczego, dlatego warto podjąć próbę zastosowania jej w dziedzinie lecznictwa psychjatrycznego. Uważałbym, że żądanie od pewnej ilości pielęgniarek znajomości tej metody, respective czasowego skontraktowania jakiejś dobrej instruktorki, którąby tej metody wyuczyła, byłoby rzeczą pożyteczną i praktyczną.

Na pracę rzemieślniczą w salach zajęć przy oddziałach i na pracę warsztatową nie należy patrzeć jako na źródła ekonomicz-

ne, które mogą wydajnie zasilić zasoby pieniężne szpitala. Taki pogląd na pracę chorych nie odpowiada rzeczywistemu stanowi rzeczy i sprowadza rozczarowanie. Praca chorych to nie ekonomiczna sprawa lecz czysto lecznicza, może ona nie przynosić żadnych dochodów, może nieco nawet kosztować, znaleźć jednakże powinna zastosowanie w szpitalu, bo znaczenie jej główne i zasadnicze polega na jej leczniczym wpływie i wydajność jej tą miarą, a nie miarą ekonomiczną winna być mierzona. Rozwój psychjatrji praktycznej idzie obecnie w kierunku tej właśnie strony — czynnej interwencji lekarzy i personelu pielęgniarskiego. W dobrym, dobrze urządzonym i dobrze prowadzonym zakładzie dla umysłowo chorych obecnie od 65—70% wszystkich znajdujących się w szpitalu chorych—pracuje. Rozmaitość wykonywanej pracy jest bardzo znaczna; widziałem w jednym ze szpitali angielskich własną drukarnię, obsługiwaną przez chorych, w której są przygotowywane wszystkie druki na potrzeby szpitalne a nawet są brane zamówienia od osób i instytucji postronnych. W Teupitz pod Berlinem chorzy z form odlewają cementowe nagrobki, wykuwają na nich napisy dla zmarłych w szpitalu. Warsztaty stolarskie, ślusarskie, tapicerskie, szewskie, krawieckie, pracownie bielizny, cerownie i t. d. stanowią obecnie konieczny składnik każdego szpitala—trzeba jeszcze pracę w nich z lekarskiego stanowiska metodycznie opracować t. j. ocenić i zmierzyć trudność każdej z jej oddzielnych postaci i wytworzyć wskazania do jej stosowania dla różnych stopni umysłowego niedołęstwa i upośledzenia. Jest to zadanie dotychczas nie podejmowane, a zadanie ważne i czekające naukowego t. j. ścisłego opracowania.

Bolączką naszego życia szpitalnego, powszechnie i przez wszystkich jednakowo odczuwaną, jest sprawa organizacji służby pielęgniarskiej. Bolączką jest ta sprawa u nas, gdzieindziej już nią być przestała; rozwiązano ją w sposób zupełny i doskonały. Mam na myśli przedewszystkiem Anglję, gdzie sprawę reorganizacji pielęgniarstwa podjęto najwcześniej — stworzono typ pielęgniarski „nurse,“ na którym wzorowały się wszystkie inne kraje europejskie, ale i w Niemczech osiągnięto na tym polu dużo i z dobrym osiągnięto wynikiem, chociaż nie doprowadzono tam tej sprawy do poziomu takiego, na jakim stoi ona w Anglji. Sądzę, że najwłaściwiej reorganizację naszych stosunków pielęgniarskich podjąć w ten sposób, żeby przyjąć za podstawę wzór angielski, urobić go tylko i przystosować do naszych potrzeb i wymagań. Trzeba stworzyć przedewszystkiem jedną kategorję osób, zajętych pielęgnowaniem chorych — skasować typ odrębny posługaczki szpitalnej i odrębny typ dozorczyni chorych—a scalić oba w jednym typie pielęgniarki [1]), jedynej

Jako ilustrację co umieć powinna pielęgniarka angielska, przytaczam wykaz tematów egzaminowych za rok 1911. Tematy, na które odpowiedzi

osobie, zatrudnionej przy chorym, która go i obsługuje i dozoruje—to jest pierwsza reforma do zrobienia. Da się ona doskonale zastosować w szpitalu spółczesnym, gdzie wszelka t. zw. czarna robota jest spełniana mechanicznie, a praca ludzka nie wymaga ani szczególniejszych wysiłków fizycznych, ani nie jest tego ro-

---

powinny być dawane piśmiennie, zadaje Medic. Psychological Association, które również daje ocenę odpowiedzi. Egzamin ustny z teorji i praktyki zdają pielęgniarki przed delegatem. Med. Psych. Assoc.; zwykle jest nim lekarz naczelny, którego ze szpitali sąsiednich.

Terminy egzaminów są dwa w roku w Maju i Listopadzie.

Przytaczam wykaz tematów wstępnych i ostatecznych:

Tematy wstępne w maju: 1) Jaka ilość snu wyda ci się niedostateczną? a) dla dziecka trzyletniego, b) dla dorosłego. 2) Wskaż różne sposoby zatamowania krwotoku z nogi. 3) Chory przy obiedzie udławił się. Co wtedy zrobisz? 4) Co to jest? a) złamanie kości, b) zwichnięcie, c) rozciągnięcie ścięgna. 5) Opisz mechanizm oddychania i wskaż główne zmiany we krwi, które zachodzą przy oddychaniu. 6) Opisz jamę brzuszną i wskaż jej główne zawartości. 7) Co rozumiesz pod następującemi nazwami: absorpcja, asymilacja, sekrecja, ekskrecja, retencja, supresja. 8) Na co powinna zwracać uwagę pielęgniarka odnośnie do stolca chorego. Tematy wstępne w listopadzie: 1) Jakie są rodzaje kości, z których składa się kościec człowieka. Wylicz wszystkie przykłady, które znasz w każdej klasie. 2) Co znaczy krwotok wewnętrzny. Co zrobisz przed przybyciem lekarza w przypadku krwotoku płucnego. 3) Chory ma liczne szarpane rany przedramienia. Jaki jest zabieg natychmiastowy. 4) Opisz budowę skóry. 5) Jakie przyczyny mogą wywołać omdlenie. Co zrobisz w takim przypadku. 6) Nazwij którykolwiek z gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem i wskaż jego znaczenie w zdrowiu i chorobie. 7) Co myślisz o czynnościach układu limfatycznego. Opisz bieg limfy od naczyń włoskowatych ku sercu. 8) Wskaż obowiązki pielęgniarki odnośnie do przewietrzania szpitalnej sali pobytu dziennego, biorąc pod uwagę warunki atmosferyczne w różnych porach dnia. Tematy ostatecznie w maju: 1) Co znaczy znieczulenie. Jak je stwierdzić i od czego ono zależy. 2) Jaką powinna być temperatura w pokoju chorego i jak ją regulować? 3) Jakie należy zachować ostrożności przy użyciu kateteru. 4) Co to jest głuptactwo. Opisz dokładnie objawy, które obserwowałaś sama. 5) Jakie są główne objawy chorób serca i jakie powinno się przedsięwziąć ostrożności w stosunku do umysłowo chorego, cierpiącego na serce. 6) Jaka jest działalność układu nerwowego. 7) Co rozumieć należy pod terminem podniesienia ciepłoty. Jakie są jego okresy i jaki może być jej rozmaity przebieg. 8) Co znaczą terminy: omamy zmysłowe, złudzenia i urojenia. Jak należy klasyfikować urojenia i jaka jest ich najniebezpieczniejsza postać. Tematy ostateczne listopadowe: 1) Wskaż różne postaci kaszlu i plwocin oraz rodzaje cierpień, w których one występują. 2) Jakie wielorakie rodzaje postępowania obserwowałaś u umysłowo-chorych. 3) Jak zabezpieczyć chorego przed samobójstwem w szpitalu, a co należy przedsięwziąć w tej mierze w domu prywatnym. 4) Co to jest klatka piersiowa, co jest w niej zawarte. 5) Co to jest zaduma? Opisz jej główne postaci i wskaż, co jest w niej najgroźniejszego. 6) W jakich przypadkach stosuje się sztuczne oddychanie. Opisz sposób jego wykonywania. 7) Opisz dokładnie przygotowania do operacji chirurgicznej: a) pokoju, b) stołu, c) chorego. 8) Co to jest aseptyka, a co antyseptyka? Jakie środki antyseptyczne stosowane są w waszym szpitalu i w jakim rostworze? Wskaż, dlaczego i w jakich okolicznościach jedne są odpowiednie, drugie nieodpowiednie.

dzaju, żeby nie dała się pogodzić z pielęgnowaniem samego chorego. Pielęgniarka przy pomocy chorych doskonale może utrzymać w czystości sale szpitalne—należy tylko zaniechać tego nieszczęśliwego zwyczaju szorowania i mycia co tydzień podłóg — kiedy przy froterowanych posadzkach spółczesnych natarcie podłogi terpentyną z woskiem i wytarcie suknem utrzyma podłogę w większej czystości niż dawne szorowanie i cosobotnie porządki—zmyć naczynia, bo ma wodę ciepłą i zimną, zlewy, respective nawet specjalne przyrządy pod ręką, które jej tę czynność ułatwiają, może obrządzić chorych, ich bieliznę, pościel i łóżka, nie zaniedbując przytem czynności ściśle pielęgniarskich, wykonania wszystkich tych zleceń, które jej ordynator zostawił. Taka pielęgniarka, która rozpoczynałaby służbę w szpitalu od wykonywania najprostszych posług przy chorym, w miarę ujawnianego uzdolnienia i postępującego doświadczenia awansowałaby na pielęgniarkę oddziałową, rozciągającą opiekę nad całym oddziałem, dalej pawilonową i wreszcie na starszą, nadzorującą służbę pielęgniarską w całym szpitalu—ale kolejne awanse te byłyby tylko szczeble hierarchiczne w łonie tej samej, jednej kategorji pracy ludzkiej, zniknąłby całkowicie przedział, oddzielający obecnie posługaczkę od dozorczyni chorych.

Taką pielęgniarkę oczywiście musi szpital sobie sam wychować i obowiązek tego wychowania powinien obciążyć lekarzy szpitalnych, ordynatorów i asystentów oraz starsze pielęgniarki. Sprawa ta powinna być regulaminowo owarunkowana, nie może być rzeczą dowolną, pozostawioną uznaniu indywidualnemu lekarzy czy pielęgniarek, lecz powinna być wcielona do instrukcji przewidzianych ich obowiązków na równi z innemi obowiązkami, których podejmują się, wstępując do szpitala. Kandydatka na pielęgniarkę—zupełnie surowa dziewczyna miejska lub wiejska, młoda, fizycznie zdrowa, wstępowałaby do szpitala na trzymiesięczną próbę, po której albo opuszczałaby szpital, jako nieudolna do podjęcia pracy pielęgniarskiej, albo, w razie przeciwnym, pozostawałaby w szpitalu; wtedy powinna podpisać zobowiązanie, że w ciągu trzech lat podda się wszystkim wymaganym od niej przepisom obok pracy przy chorych i na oddziale, będzie uczyła się w szpitalnej szkole pielęgniarskiej teoretycznie i praktycznie, będzie co roku składała przepisane egzaminy z odbytych studjów, po trzech latach złoży egzamin ostateczny, który da jej dyplom pielęgniarski, zapewni warunki służby publicznej rządowej czy samorządowej, da jej zabezpieczenie na starość w postaci wysłużonej emerytury, pozwoli korzystać z prawnie jej należnej podwyżki pensji w stosunku do odbytych lat, wreszcie da jej prawo do posuwania się po szczeblach hierarchji pielęgniarskiej, do czego pielęgniarka niewykwalifikowana prawa niema. Rodzaj wykładanych przedmiotów, ich zakres, sposoby egzamino-

wania i t. d.—byłyby to wszystko jeszcze rzeczy do opracowania, ale do opracowania nietrudne, można byłoby doskonale wzorować się na podręcznikach i przepisach angielskich, opartych na podstawie pięćdziesięcioletniego doświadczenia, które ma za sobą pielęgniarstwo angielskie, przystosowawszy wszystko do naszych warunków i zwyczajów. Miałem możność przyjrzenia się osobistego, jak wygląda w rzeczywistości pielęgniarstwo angielskie, zapoznałem się z podręcznikami, według których uczy się nurse angielska, poznałem tematy egzaminowe, na które musi dawać odpowiedzi piśmienne i ustne i mogłem stwierdzić, że poziom tej pracy i tych zadań jest w rzeczy samej bardzo wysoki, ale nie sądzę również, żeby był on nie do osiągnięcia dla naszych kandydatek na pielęgniarki; trzeba tylko włożyć w nią ten cały zasób pracy, który wkłada w swoję nurse lekarz angielski, a plon jej z pewnością będzie niemniej wydajny. Ośmielam się twierdzić, że lud nasz, szczególnie wiejski, stanowi znakomity materjał kulturalny, w który dość włożyć niewielki nieraz zasób pracy wychowawczej, ażeby osiągnąć nadspodziewane wyniki dodatnie.

Opieram to przekonanie na zasadzie wieloletniego doświadczenia w Tworkach z pielęgniarkami i pielęgniarzami, rekrutowanemi z surowych zupełnie elementów wiejskich, a także z doświadczenia na innych dziedzinach pracy społecznej kooperacyjnej i oświatowej, gdzie stwierdziłem niejednokrotnie wielkie pragnienie wiedzy w warstwach najniższych, oraz znaczne nieraz, przyrodzone uzdolnienie do jej przyswojenia. Wyobrażam sobie, że pielęgniarka nasza po trzechletniej pracy systematycznej, starannie uczona, cierpliwie wychowywana, osiągnie wyniki nie gorsze od nurse angielskiej, a może wniesie nawet więcej miękkości w stosunku do chorych, miękkości tak przyrodzonej naszej rasie. Trzeba tylko tę pracę wychowawczą podjąć, wytrwale ją przeprowadzić, a wydajność jej nie zawiedzie oczekiwań.

Mówię ciągle o pielęgniarce w rodzaju żeńskim, mając oczywiście na myśli również i pielęgniarza, ale w szpitalu spółczesnym przeznaczam mu miejsce znacznie bardziej ograniczone niż pielęgniarce. Jest to, zdaje się, zdobyczą całkowicie ustaloną w psychjatrji spółczesnej, że pielęgniarce w szpitalu dać należy pierwszeństwo przed pielęgniarzem w oddziałach męskich, że liczbę mężczyn, zajętych obsługą przy chorych, należy sprowadzić do koniecznego minimum, służby przy kąpielach, w oddziałach, gdzie potrzebna jest większa siła fizyczna u niespokojnych i słabych, a wszystkie posady, gdzie obsługa męska nie jest koniecznością, obsadzić kobietami. Jest to doświadczenie całkowicie ustalone, wprowadzone w życie w niektórych szpitalach naszych, np. w Kochanówce; kolega Sycianko z Wilejki pod Wilnem podczas wojny japońskiej znalazł się w tym położeniu, że mu wszystkich

pielęgniarzy zabrano do wojska, musiał ich zastąpić służbą kobiecą, po wojnie nie wrócił już do służby męskiej, lecz pozostał przy kobiecej, bo stwierdził jej wyższość nad męską. Wydaje mi się, że po pewnym czasie w każdym szpitalu dla umysłowo chorych kadry pielęgniarzy męskich sprowadzą się do nielicznego zastępu pielęgniarzy żonatych, w których rodzinach będą wychowywani chorzy do opieki rodzinnej, a którzy będą pełnili służbę w oddziałach, której kobieta spełnić nie może, resztę personelu pielęgniarskiego stanowić będą niezamężne kobiety, które zajmą znaczną część posad, zajmowanych obecnie przez mężczyzn. Pielęgniarki powinny otrzymać lepsze uposażenie i żyć w lepszych warunkach materjalnych niż to dzieje się obecnie. Początkowa pensja miesięczna nie powinna być niższa od 15 rs. i wzrastać stopniowo w miarę przybywających lat służby. Emerytura wysłużona powinna zapewniać dostateczny byt na starość. Mieszkać powinny oddzielnie od chorych częściowo w oddziałach, ale w pomieszczeniach oddzielnych od sal chorych, częściowo w domu oddzielnym „domu pielęgniarek,“ gdzie każda powinna mieć oddzielny, niewielki pokój sypialny oraz gdzie powinna istnieć pewna liczba pokoi wspólnych: jadalnia, rekreacyjny, wizytowy, czytelnia. Szkoła najlepiej jeżeli mieścić się będzie w budynku oddzielnym, wspólnym z ochroną i szkołą dla dzieci personelu urzędniczego i służbowego; taka ochrona i szkoła, obok sklepu kooperacyjnego, powinna istnieć w każdym szpitalu, położonym zdala od ośrodków życia zbiorowego, a tam w takim ustroniu zwykle znajduje się szpital dla umysłowochorych.

Z szeregu zagadnień, dotyczących organizacji szpitala dla umysłowo chorych, pozostaje do omówienia zagadnienie, o które zazębia się, że tak powiem, psychjatrja dzisiejsza z psychjatrją wczorajszą, dziedzina najbardziej może sporna ze wszystkich w zakresie obchodzących nas spraw praktycznych w psychjatrji. Mam na myśli sprawę i z o l a c j i. Jak wiemy, psychjatrja spółczesna odrzuca zasadniczo potrzebę izolacji chorych, w budownictwie psychjatrycznym spółczesnym nie spotykamy zupełnie separatek, szalówek, izolatek, paired rooms (pokojów, wysłanych gumą); wszędzie mamy sale wspólne, sypialnie i dziennego pobytu obok niewielkiej ilości pokojów oddzielnych, którym starannie odjęto wszelki charakter pokoju izolacyjnego, w niektórych szpitalach, ażeby nie pozostawał nawet cień, że są to pokoje izolacyjne, drzwi urządzono tak, że one w ogólności nie mogą być zamknięte. Nie są to oczywiście pokoje izolacyjne, bo pod tym mianem rozumiemy tylko takie pomieszczenia, w których chory pozostaje zamknięty sam, a nadzór nad nim zostaje wykonywawany z zewnątrz pokoju przez tak zwanego w języku więziennym judasza, szparę w drzwiach, przez którą można obserwować

chorego, nie będąc przez niego widzianym. Otóż pytanie, o które zazębia się psychjatrja spółczesna polega na tem, czy wogóle jest to rzecz do osiągnięcia, ażeby można było otrzymać pomyślne wyniki leczenia i bezpieczeństwo chorych bez uciekania się do krótkotrwałej chociażby izolacji najburzliwszych i najgwałtowniejszych pacjentów. Wydaje mi się, że na zasadzie doświadczeń zdobytych można z zupełną pewnością dać na pytanie odpowiedź twierdzącą. Tak, niewątpliwie można nie izolować chorych i osiągnąć jaknajlepsze wyniki przy ich leczeniu i pielęgnowaniu. Dowód — w praktyce szpitala, które próbę tę podjęły i przeprowadziły pomyślnie. Zwiedzałem tego lata szpital w Bangour pod Edymburgiem, szpital miejski z kontyngensem chorych ostrych wszelkiego rodzaju i trudnych chroników, który istnieje od ośmiu lat i w którym żaden chory, ani na jedną chwilę w ciągu całego tego czasu nie był izolowany, to samo stwierdziłem w Dykebar pod Glasgowem, to samo w niektórych szpitalach niemieckich. Więc można nie izolować, trzeba tylko odważyć się tę próbę podjąć i wytrwale ją przeprowadzić.

Że przeciwko izolacji przemawia cały szereg argumentów o tym wie każdy psychjatra. Dość uprzytomnić sobie sposób, w jaki zwykle odbywa się izolacja, ażeby bez dalszego namysłu uznać, że powinna ona być skazana na bezwzględną banicję, jako przeżytek dawnego barbarzyństwa w stosunku do umysłowo-chorych, niezgodny całkowicie z obecnym charakterem tego stosunku. Kilka osób przemocą wpycha chorego do pokoju izolacyjnego, najczęściej kładzie go na podłodze, ażeby zyskać na czasie, kiedy chory będzie podnosił się z postawy leżącej, i uciec jaknajprędzej, zatrzaskując za sobą drzwi pokoju. Zwykle trzyma się chorego w pokoju nago, ze względu na bezpieczeństwo jego osoby i ubrania, bo chory w rozdrażnieniu oczywiście drze na sobie wszystko, za pościel służy mu zwykle tylko siennik i to o tyle o ile go nie poszarpie, mocz i kał oddaje w tym samym pokoju. Oczywiście często obraz powyższy nie bywa tak tragiczny, izolacja przebiega w sposób łagodniejszy, ale często, i zdaje się nawet najczęściej opisany „zabieg" odpowiada całkowicie rzeczywistości. Zapewne chory nieprzytomny np. epileptyk w stanie równoważnika padaczkowego nie uczuwa całej jego brutalności ale inaczej rzecz ma się z chorym stosunkowo przytomnym np. halucynantem, wtedy „zabieg" ten nie przechodzi bez śladu na jego psychice, sprowadza mocny wstrząs moralny, który poważnie może zaważyć na sprawie wyzdrowienia chorego. Dalej izolacja demoralizuje służbę, niweczy i przekreśla wszystkie oddziaływania lekarza w kierunku skłonienia jej do miękkiego i humanitarnego obchodzenia się z choremi wskutek brutalności samego aktu, który zresztą zwykle z przyczyny oporu chorego nie może być innym jak tylko aktem fizy-

cznej przemocy, bardzo ujemnie działa nietylko na chorego, który jest objektem izolacji, ale i na chorych, którzy są jej świadkami. Otóż wszystko to razem zmusza lekarza do zastanowienia się nad środkami, które pozwoliłyby na całkowite usunięcie tej metody postępowania z choremi i zastąpienia jej inną, bardziej zgodną z uczuciami ludzkiemi i wskazaniami psychjatrji. Metody te znaleziono i zastosowano z doskonałym skutkiem. Proszę wejść do spółczesnego szpitala, w którym zupełnie niema izolacji i przekonać się, jak ogromną reformę w całym charakterze szpitala sprowadziła ta niewielka na pozór zmiana, że w nim niema szalówek i wogóle niema izolacji. Uderza przedewszystkiem cisza panująca w takim szpitalu. W oddziałach, gdzie są zebrani najniespokojniejsi chorzy, jest tak cicho jak w każdym oddziale szpitala powszechnego—nie psychjatrycznego. Jest to zjawisko wprost uderzające każdego, kto przywykł do pracy w innych warunkach. Dzieje się tak nietylko w klinikach uniwersyteckich, gdzie możnaby składać fakt ten na karb wyjątkowych warunków panujących w klinikach, odmiennych od warunków panujących w szpitalach krajowych czy miejskich, gdzie nie można chorych sortować, przyjmować jednych, nie przyjmować drugich, lecz trzeba przyjmować wszystkich cichych i hałaśliwych, spokojnych i gwałtownych, gdzie również panująca w szpitalu cisza jest zjawiskiem stałym. Doskonale pamiętam wrażenie, jakie odebrałem w Galkhausen w prowincjach nadreńskich, we wspomnianych powyżej szpitalach szkockich Bangour Dykebar, i na zasadzie osobistej obserwacji stwierdzam fakt, do którego sam, dopóki go nie sprowadziłem, odnosiłem się krytycznie. Nie izolować chorych można, nie można tylko zatrzymać się na samym fakcie nieizolowania, lecz trzeba zastąpić izolację innemi metodami, bardziej skutecznemi, choć nieraz bardziej uciążliwemi dla otaczających, bardziej złożonemi i wymagającemi dłuższego i lepszego wyszkolenia, niż prosta izolacja, wymagająca tylko siły fizycznej i bezwzględności. W znacznej mierze zastępuje izolację cały charakter spółczesnego szpitala, cała atmosfera psychiczna panująca w nim, która czyni izolację zbędną w całym szeregu wypadków, poprostu chorzy zajęci pracą, rozrywkami, slöjdem i t. d. nie dają okazji do izolacji, są spokojni. Emocje chorych, które dają zwykle powód do izolacji, są natury bardzo powierzchownej; powstają łatwo pod wpływem najmniejszych podniet, ale i znikają łatwo, jeśli tej podniety nie znajdą. Cierpliwa i wyrobiona pielęgniarka postępowaniem swoim z chorym nie dopuści do powstania burzy, któraby sprowadziła potrzebę izolacji—rozproszy i jak konduktor odprowadzi zbliżający się grom, załagodzi kłótnie między choremi, w czym jej dopomogą sami chorzy, którzy zamiast podniecać się wzajemnie dzięki panującej atmosferze psychicznej dążyć będą raczej do

utrzymania spokoju niż do jego naruszenia. W tym stosunku pielęgniarki do chorego widzę najważniejszy środek zapobiegawczy przeciwko izolacji. Jak wiemy dalej, dążymy do zastąpienia jej potrzeby przez leżenie w łóżku i długotrwałe kąpiele. Niewątpliwie są to metody skuteczne, szczególnie pierwsza; przeciwko drugiej zaczynają podnosić się głosy krytyczne, zdaje się słuszne, co do jej celowości dla fizycznego zdrowia chorych, że działa ona szkodliwie na serce, jest jakgdyby łagodnym ale długotrwałym opanowaniem chorych, utrudniającym znacznie perspirację przez skórę; nie dają one tych wyników, które daje właściwie zorganizowana pomoc pielęgniarska. Rozumiem, że tam, gdzie ta pomoc istnieje, dodatkowo długotrwałe kąpiele mogą ją nieraz wesprzeć skutecznie, ale jej nie zastąpią. Dowód słuszności tego poglądu znalazłem w szpitalu w Bangour, gdzie niema kąpieli długotrwałych, a jednak niema i izolacji, a cisza panująca w szpitalu jest niemniejsza niż w szpitalach, gdzie stosują kąpiele długotrwałe. Natomiast leżenie w łóżku uważam za kardynalny i skuteczny środek uspakajania chorych; skasować izolację bez możności zapewnienia choremu swobodnego i wygodnego leżenia w swoim łóżku byłoby rzeczą trudną. Dlatego przy budowie i organizacji szpitala potrzeba położyć silny nacisk na jakość dostarczanych łóżek, nie szczędzić na dobroć ich gatunku, a przy konstruowaniu sal chorych zabiegać o dużą kubaturę sypialni, dobre ich ogrzewanie i przewietrzanie. Jeżeli spełni się te warunki, można bezsprzecznie izolację skasować, dlatego trzeba do nich dążyć bezwzględnie, ażeby módz ten cel osiągnąć. Izolacja jest raną na zdrowej pozatym całości psychjatrji społecznej. Jak dawniej trzeba było za wszelką cenę znieść przymus i kaftan bezpieczeństwa, rękawice, przymusowe łóżko, fotel i t. d., które my starsi psychjatrzy znamy nietylko z tradycji ale z doświadczenia, tak teraz nadszedł już czas podjęcia solidarnej i uporczywej walki o zniesienie całkowite i bezwzględne izolacji. Budując szpitale, kasować w projektach pokoje izolacyjne, pozostawiając tylko zwykłe pokoje oddzielne, niczym nie różniące się od innych dla czasowego wyodrębnienia chorych pojedyńczych ze względów na potrzebę izolacji fizycznej—świeży lues, scabies, favus lub inne, przebudowując istniejące szpitale w tym samym kierunku,—ale przedewszystkiem przeobrażając charakter służby pielęgniarskiej w sposób powyżej zaznaczony, bo tutaj tkwi całe clou sprawy.

Sądzę, że najlepiej zreasumuję wyniki uwag powyższych, jeżeli spróbuję nakreślić drogą ewolucji, którą przebywa psychjatrja szpitalna na podstawie zestawienia danych, których dostarczają dzieje przeszłe szpitalnictwa, ze stanem obecnym budownictwa i organizacji spółczesnego szpitala dla umysłowo-chorych oraz z wybiegającą naprzód twórczą myślą ludzką. Jeżeli przyjrzeć się ewolucji, którą odbyło szpitalnictwo psychjatryczne

uderza przedewszystkiem fakt systematycznego i stopniowego zbliżenia się typu szpitala dla umysłowo-chorych do typu ogólnego szpitala powszechnego. Pawilony szpitalne psychjatryczne spółczesne niczym nie różnią się od pawilonów chirurgicznych, wewnętrznych czy nerwowych. Te same widne, obszerne, wspólne sale sypialne, pewna ilość pomieszczeń, naogół mniejsza, dla pobytu dziennego chorych, potrzebna ilość pomieszczeń gospodarczych i administracyjnych, zwykłe urządzenia okien, drzwi, nieraz zupełnie nie różniących się od urządzeń w innych szpitalach lub domach prywatnych. Jeżeli dodamy do tego, że w szpitalu spółczesnym panuje cisza zupełna, taka sama jak w każdym innym pawilonie dla chorych, nie daleką zapewne będzie ta chwila, kiedy pawilon dla chorych umysłowo stanie obok pawilonów chirurgicznych i wewnętrznych, niczym od nich nieróżniąc się, z niemi równomierny, jak stanęły już obok nich pawilony neurologiczne. Ale jednocześnie pawilony dla umysłowo-chorych, zbliżając się do pawilonów ogólnych, pociągną je za sobą w warunki przez siebie wytworzone, a daleko lepsze od tych, w których istnieją obecnie szpitale ogólne. Mam na myśli wyprowadzenie szpitali ogólnych ze środowisk miejskich, ognisk hałasu, kurzu i dymu na wieś w okolice zamiejskie, do ogrodów i pól, pomiędzy któremi rozrzucone znalazłyby pawilony szpitalne otoczenie lepsze pod każdym względem— materjalnym, hygienicznym i estetycznym, czego dać im nie może w żadnym razie miasto.

Zmieni się jednocześnie pod wpływem doświadczeń zdobytych przez psychjatrję i typ szpitalnictwa w ogólności — będzie się coraz bardziej oddalał od typu koszarowo-więziennego, przeważającego obecnie a coraz bardziej będzie się zbliżał do typu miasta-ogrodu, do czego dąży obecny szpital dla umysłowo-chorych. Ułatwione warunki komunikacyjne, rozwój komunikacji samochodowej pozwoli szpitalowi nie trzymać się koniecznie linji kolejowej, nie krępować się bynajmniej jej sąsiedztwem, licząc na własne środki komunikacyjne, własną szosę. Wszystko to razem stwarza, że wyniesienie szpitali miejskich po za obręb miasta na odległość kilku, a nawet kilkunasto-wiorstową od jego granic jest sprawą niedaleką. W mieście pozostanie konieczne minimum pomieszczeń dla wypadków nagłych, pozostaną tylko maisons d'admission, sortownie, że tak powiem, chorych, szpitale rozdzielcze, całe gros chorych wyniesie się za miasto, do ciszy wiejskiej, w szerokie przestworza wiejskiego krajobrazu, na słońce, pomiędzy ogrody i lasy. Tam szpitale ogólne pociągnie za sobą szpital psychjatryczny i zbliży do siebie, złączy ze sobą w jedno miasto-ogród chorych. Jest rzeczą niewątpliwie pożądaną, ażeby takie scalenie szpitalnictwa nastąpiło. Wszystkie uwagi, wypowiedziane powyżej o charakterze i potrzebie pracy nau-

kowej, wtedy tylko znaleźć mogą całą pełnią urzeczywistnienia, jeżeli materjał do badań wzrośnie do rozmiarów, że „opłaci się" budować wszystkie urządzenia potrzebne, stwarzać posady dla badaczów naukowych. Pracownia patologiczno-anatomiczna, która zamiast dziesiątków sekcji dokonywa ich tysiące, to samo pracownia chemiczna czy hematologiczna, która zamiast dziesiątków rozbiorów dokonywa ich tysiące, może tym samym rozwinąć się bardziej, rozszerzyć znacznie wydajność swej pracy niż w wypadku przeciwnym. Szpital w Claybury pod Londynem zbiera cały materjał sekcyjny ze wszystkich szpitali psychjatrycznych miejskich, może dla tego kierownictwo swej pracowni patologicznej powierzyć Mottowi, który może nie zechciałby ograniczać swej pracy do materjału dostarczonego przez jeden szpital.

Oczywiście, dążąc do tego rodzaju intergracji, trzeba pamiętać zawsze i o dyferencjacji, bo tylko spółdziałanie obu tych czynników warunkuje rozwój właściwy, zapoznanie jednego na rzecz drugiego sprowadza zastój i zamarcie życia. Ale pamiętając o tym, ażeby każde oddzielne ogniwo całości miało niekrępowaną wolność własnego rozwoju—dyferencjacji, należy dążyć do tego, ażeby spólny pożytek każdego stanowił przedmiot scalenia—integracji—osiąga się tą drogą niewątpliwe wyniki wyższe, niż wtedy, kiedy każde ogniwo jest pozostawione sobie samemu, nie jest powoływane do współdziałania z innemi. Uniwersytet—przewaga połączonych w jedno fakultetów oddzielnych nad temi samemi fakultetami rozdzielonemi w szkołach odrębnych, wyższość dydaktyczna i naukowa, którą daje ta forma umysłowego spółżycia nad szkołami fachowemi, doświadczenie dodatnie zdobyte pod tym względem powinny być dla szpitalnictwa drogowskazem do poszukiwania takich form scalenia szpitali oddzielnych w jedno zbiorowe, zorganizowane ciało, któreby pozwoliło na jednoczesne wyzyskanie wszystkich dodatnich stron, które daje życie odosobnione. Czy Eppendorf może służyć pod tym względem wzorem—nie wiem, zdaje się raczej nie, niż tak, ale to nie byłoby jeszcze żadnym dowodem przeciwko wypowiadanej tutaj myśli; dowodziłoby to tylko jednego, że zadanie zostało rozwiązane nietrafnie i że trzeba dalej poszukiwać lepszych form tego rozwiązania. Bo zasada sama jest słuszna—synteza intergracji i dyferencjacji w jednym fakcie życia i jego rozwoju jest rzeczą tak zasadniczą, tak ogólnie biologicznym prawem, że musi znaleźć zastosowanie i w tej dziedzinie życia, którą stanowi szpitalnictwo. Trzeba ją tylko właściwie zastosować, znaleźć trafne rozstrzygnięcie zagadnienia, które ona stawia, i do tego powołaną jest evolution criatrice spółczesnej myśli ludzkiej — powinna je ona podjąć i rozwiązać.

Można również przewidzieć z dużą dozą prawdopodobieństwa — drogę ewolucji, którą pójdzie praca lekarzy i personelu

lekarskiego, zajętego obsługą chorych, — zwiększy się ona i rozszerzy znacznie w stosunku do okresów poprzednich. Stanie się bardziej czynną, odpowiedzialną, ale jednocześnie i bardziej wydajną. Bierny do niedawna psychjatra, który tylko patrzał na skrępowanych i izolowanych chorych, będzie musiał dobrze nałamać sobie głowy, jak wybrnąć codziennie ze stwarzanych przez chorobę trudności. Będzie musiał wyzbyć się całkowicie schematyzmu w ich traktowaniu, indywidualizując każdego chorego nietylko pod względem zalecanych mu środków farmaceutycznych, ale przedewszystkiem wynajdując dla każdego odmienne i jemu właściwe postaci pracy i rozrywki, zwiększając ich ilość, urozmaicając ich jakość, będzie musiał być ciągle czynny i ustawicznie twórczy.

Będzie musiał dalej podnieść poziom własnej kultury umysłowej teoretycznej i praktycznej. Nie wystarczy sama znajomość psychjatrji teoretycznej i psychjatryczne doświadczenie kliniczne. Będzie musiał porządnie i gruntownie wyuczyć się psychologji, poznać jej zasady i metody badania, psychologja bowiem coraz bardziej „kładzie się“ u podstawy psychjatrji teoretycznej i coraz bardziej przenika arcana lecznictwa psychjatrycznego. Będzie musiał dalej pogłębić swą wiedzę w dziedzinie anatomji i fizjologji układu nerwowego, w dziedzinie jego anatomji patologicznej i patologji. Dalej konieczną stanie mu się dokładniejsza znajomość chemji ogólnej i lekarskiej, bakterjologji i hematologji, bo bez nich nie będzie mógł ani rozpoznawać ściśle, ani trafnie leczyć. Dalej powinien uzupełnić i pogłębić swą wiedzę w dziedzinie doświadczenia i poznania ogólnie klinicznego, szczególnie w dziedzinie chorób wewnętrznych, bo uczymy się coraz bardziej poznawać i cenić zależność wzajemną pomiędzy zmianami chorobowemi organizmu, jako całości, a chorobami umysłowemi. Coraz dalszy będzie od nas ten obraz, który napotkałem w jednym ze szpitali włoskich — w szpitalu genueńskim w Kwarto, gdzie oddzielni lekarze przyjezdni leczyli chorych na choroby fizyczne, a lekarze miejscowi nie mieli obowiązku znajomości kliniki wewnętrznej, ich obowiązkowa wiedza ograniczała się wyłącznie do udzielania chorym pomocy psychjatrycznej.

Będzie musiał dalej psychjatra spółczesny podnieść poziom własnej kultury obyczajowej; żądając jej od podwładnych, będzie musiał pilną zwrócić uwagę na siebie samego, czy daje ją w tej mierze, w której dawać powinien, czy przewaga jego własnego uobyczajenia odpowiada stopniowi zajmowanego hierarchicznego szczebla, czy nie zdarzy się czasami, że pielęgniarka wykazuje więcej dobroci, miękkości, uprzejmości, cierpliwości i wytrwałości, niż jej przełożony, który jej ma świecić przykładem, czy wykazuje on dostateczne wyrobienie charakteru, któreby mu umo-

żliwiło spółżycie i spółpracę z innemi, a bez czego zorganizowane życie zbiorowe jest niemożliwe. Czy pamięta dalej w dostatecznej mierze najzupełniej słuszne powiedzenie Nothnagla „nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt werden" i czy stosuje je zawsze i stale zarówno w stosunku do chorych jak podwładnych kolegów i przełożonych.

Tą samą drogę ewolucji powinna przebyć i pielęgniarka spółczesna—z posługaczki, popychadła do wszystkiego, narzędzie do wykonywania dozoru nad choremi; powinna przeobrazić się w kulturalną wewnętrznie i zewnętrznie, wykształconą, świadomą swych zadań i obowiązków, pod względem charakteru wyrównaną, delikatną, dobrą, miękką pomocnicę lekarza, równie jak on odpowiedzialną za ład i porządek, za całą atmosferę psychiczną, panującą na oddziale, spółtwórczynię tej atmosfery.

Wszystkie te fazy ewolucyjne muszą przejść wszystkie czynniki organizacji szpitalnej, jeżeli szpital ma w rzeczy samej stanąć na poziomie spółczesnym nietylko swoim wyglądem zewnętrznym, pod względem spółczesności budownictwa i urządzeń technicznych, ale i wewnętrznie pod względem panującej w nim treści, ożywiającego go ducha zbiorowego. Te wymagalniki moralne, duchowe, powinny być traktowane junctim z wymagalnikami materjalnemi, bez uwzględniania ich, bez ich tworzenia i urzeczywistnienia niema co podejmować prób budowania nowych szpitali i nadania im zewnętrznych cech spółczesności. Będą to tylko pomalowane na modernizm przeżytki dawnego barbarzyństwa, których treści wewnętrznej sama szata zewnętrzna nie zmieni. Oczywiście dobre, spółczesne warunki materjalne przyczynić się mogą w dużym stopniu do umożliwienia ich powstawania, ale trzeba je chcieć tworzyć niezawiśle, wysiłkiem twórczym świadomej woli ludzkiej, bez której zresztą żadna rzecz ludzka trwała i dobra nie powstaje i powstać nie może.

Jak zaznaczyłem na wstępie, wypowiedziane uwagi nie mogą wyczerpać sprawy, jest ona zbyt wielostronną, ażeby można ją było do dna omówić w granicach jednego artykułu; poruszając ją w tym miejscu, mam na celu wywoływanie dyskusji, wzajemnej wymiany myśli, która pozwoli określić i ustalić wytyczne organizacji szpitala dla umysłowo-chorych na zasadzie rozważania całej sprawy przez wszystkich zainteresowanych z różnych punktów widzenia i z różnych stron. Napisałem otwarcie, co o tej sprawie myślę i bardzo pragnę, żeby poglądy moje uległy surowej i wyczerpującej krytyce, bo tylko du choc des opinions jaillit la verité; ani mój szczupły zasób wiedzy teoretycznej, ani moje niedostateczne doświadczenie praktyczne nie mogą oczywiście rościć sobie prawa do ustalenia drogowskazów w rzeczy tak poważnej jak omawiana. Artykuł niniejszy spełni zadanie swe tylko w tym razie, jeżeli w rzeczy samej wywoła artykuły

inne, które wyświetlą sprawę z innego stanowiska, pogłębią i prześwietlą jedne zagadnienia, podniosą i wysuną inne, pewne poglądy jako niesłuszne i przesadne odrzucą, inne jako trafne i dobrze rzecz ujmujące potwierdzą i ustalą. Bez tej krytycznej strony praca moja nie spełni swego zadania.

Już po napisaniu artykułu otrzymałem pracę p. Koralewskiego, Naczelnika Wydziału Dobroczynnego Magistratu p. t. Dobroczynność w samorządzie. Ustęp dotyczący organizacji szpitali przytaczam:

„Ustawa samorządowa, opracowana przez Radę Państwa i przyjęta przez Izbę z małemi poprawkami, nie wiele różni się od ustawy samorządowej miast w Cesarstwie z r. 1892 (zb. praw t. II wyd. 1892), w sprawach zaś dobroczynności publicznej nie różni się zupełnie. Kompetencja samorządu, co do tych ostatnich spraw wskazana jest w art. 2 pp. V i VI, mianowicie do samorządu należą:

V piecza nad ubogimi i usuwanie żebractwa; urządzanie zakładów dobroczynnych i leczniczych, jako też zawiadywanie niemi.

VI udział w zarządzeniach, zmierzających do ochrony zdrowia publicznego, rozwój środków pomocy lekarskiej dla ludności miejskiej i polepszenia warunków sanitarnych miejscowych.

Zarządzanie sprawami i zakładami dobroczynności publicznej należy do Rady miejskiej w myśl art. 63 p. 9, który głosi „ustanawianie przepisów co do zarządzania kapitałami i innym majątkiem miejskim, jako też zakładami dobroczynnemi i leczniczemi i innemi instytucjami użyteczności publicznej, pozostającemi w zawiadywaniu samorządu“. Zakres kompentencji Rady miejskiej jest ograniczony; mianowicie w art. 78 i 79 wskazane są sprawy, co do których uchwały Rady podlegają zatwierdzeniu Gubernatora i Ministra spraw wewnętrznych.

Jeżeli Rady miejskie mają prawo ustanawiać przepisy co do zarządzania sprawami i zakładami dobroczynności publicznej, to należy zastanowić się nad zasadniczemi warunkami dobrej organizacji tego zarządu, gdyż ustawa z dnia 19 lipca 1870 roku, jak dowiodła przeszło czterdziestoletnia praktyka, nie nadaje się do tego, ażeby przyszłe Rady przyjęły ją za wzór do organizacji zarządu.

Zdawałoby się, że koniecznem jest ustanowienie następujących organów: 1) zarząd centralny, 2) zarząd lokalny każdego zakładu i 3) organ pośredni jako ogniwo między pierwszym i drugim.

Zarząd centralny przy Zarządzie miejskim, jako wydział te-

goż Zarządu, w którym koncentrowałyby się wszystkie sprawy szpitalne i dobroczynne, powinien pozostawać pod kierunkiem członka Zarządu miejskiego. Do rozpatrywania spraw dobroczynności publicznej przed przedstawieniem tychże do decyzji Zarządu miejskiego powinna być utworzona przy wydziale stała komisja z członków Rady miejskiej i osób przez Radę zaproszonych, która może dzielić się na podkomisję szpitalną, przytułkową, opieki domowej i inne w miarę potrzeby.

Tym sposobem wydział będzie się składał z dwuch, jakoby, organów: wykonawczego t. j. kancelarji i kierującego-komisji. Zarząd lokalny zakładu powinien składać się także z dwuch organów, wykonawczego i kierującego. Organem wykonawczym w szpitalach winien być lekarz naczelny, jako najbliżej stojący głównej istoty w szpitalu t. j. chorego, w innych zaś zakładach osoba odpowiednia, stosownie do charakteru zakładu. Organem kierującym jest zarząd zakładu, jako kolegjum, pod przewodnictwem kuratora.

Przy rozpatrywaniu spraw medycznych, specjalnych i naukowych, mogą być tworzone komisje w miarę potrzeby pod przewodnictwem naczelnego lekarza.

Łączność między zarządami centralnym i lokalnym wytworzy się przez udział obowiązkowy w komisji przy wydziale dobroczynności publicznej kuratorów i naczelnych lekarzy szpitali, oraz kierowników innych zakładów dobroczynnych.

Tym sposobem otrzymalibyśmy następujący obraz:

Kierownik wydziału dobroczynności publicznej przedstawia na posiedzeniach Zarządu miejskiego te sprawy, które były poprzednio rozpatrzone w komisji, zainicjowane przez wydział lub komisję, albo przedstawione przez Zarządy poszczególnych zakładów. Postanowienia Zarządu miejskiego tenże kierownik wydziału oddaje do wykonania wydziałowi i dalej zarządom odpowiednich zakładów.

Co do przepisów dla zarządów centralnego i lokalnego, oraz organów wykonawczych, które mogą być opracowane przez przyszłe Rady miejskie stosownie do miejscowych potrzeb i warunków, należałoby zwrócić uwagę, ażeby przez ustanowienie zbytniej centralizacji, do której jesteśmy przyzwyczajeni, nie komplikować samych przepisów i nie krępować działalności zarządów lokalnych. Przeciwnie, należałoby dać zarządom i naczelnym lekarzom pewną swobodę działania w wyraźnie zakreślonych granicach i w ramach dobrze opracowanego budżetu, gdyż tym sposobem organy te w działalności swojej będą miały większe pole wykazania swojej indywidualności, oraz większe poczucie odpowiedzialności za własne czyny i uchwały.

Zawiadywanie szpitalami i zakładami dobroczynnemi jest tylko cząstką obowiązków Zarządu miejskiego w zakresie opieki

nad ubogimi. Opieka poza zakładowa będzie nową dziedziną obowiązków zarządów miejskich. i w tej nowej działalności urzędy miejskie dobroczynności publicznej będą na każdym kroku spotykały się z dobroczynnością prywatną".

Podzielam najzupełniej uwagi powyższe; lepiej niż mój własny projekt ujmują one rzecz całą, głębiej przenikają w treść organizacji, tworzą doskonałą, wewnętrznie zwartą i w oddzielnych częściach harmonijnie ze sobą dostrojoną całość, a nie krępują rozwoju i samodzielności ogniw oddzielnych, wchodzących w skład całości—szpitali.

Przewodnictwo Kuratora w Zarządzie miejscowym nadaje mu szersze znaczenie, wprowadza w zetknięcie z organizacyjnym ośrodkiem, udział zaś lekarzy naczelnych w komisji przy wydziale dobroczynności publicznej toruje z drugiej strony drogę sprawie wytworzenia łączności i współdziałania pomiędzy organem ośrodkowym a oddzielnym organizacyjnym składnikiem-szpitalem; wytwarza się w ten sposób konieczny przy tym trybie organizacji warunek wzajemnego działania i oddziaływania na siebie obu składników— oddziaływanie dośrodkowe za pośrednictwem kuratora i odśrodkowe za pośrednictwem naczelnego lekarza. Kurator informuje i broni interesów szpitala przed organem ośrodkowym, lekarz naczelny przez udział w komisji ma możność dostrojenia czynności szpitala do wymagań ogólnych i w ten sposób tworzy się harmonijnie dostrojona i solidarna całość ogólnego szpitalnictwa.

Do redakcji nadesłano z prośbą o zamieszczenie w piśmie notatkę następującą:

Dr. medycyny, Polak, mógłby otrzymać roczną posadę lekarza asystenta w jednym z większych zakładów psychjatrycznych w Szwajcarji. Pensja 2000 k. rocznie i całkowite utrzymanie. Zgłoszenia należy kierować:
Kraków. Klinika neurologiczno-psychjatryczna, prof. dr. J. Piltz.

TREŚĆ ZESZYTU I TOMU IV.

PRACE ORYGINALNE.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

II.

SOMMAIRE DU N. 1 du Vol. I.

Redaktor DR. LUDWIK DYDYŃSKI.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka № 17.

WARUNKI PRENUMERATY:

Rocznie rb. 6, z przysyłką pocztową rb. 7. Zeszyt pojedyńczy rb. 1 kop. 50.
Zeszyt okazowy darmo i opłatnie.

ADRES REDAKCJI: Warszawa, Nowowiejska Nr. 28. Tel. 42-48.
ADRES ADMINISTRACJI: Warszawa, Kopernika 11. Tel. 46-22.